

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg - Universität Mainz
Direktor: Prof. Dr. D. Langen

M. Biertx - Conte.

Neurosenpsychologische und antriebspsychologische
Faktoren bei Patienten mit Asthma bronchiale oder
Atemfunktionsstörungen oder Magenerkrankungen

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554418_0080

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg - Universität Mainz
Direktor: Prof. Dr. D. Langen

Neurosenpsychologische und antriebspsychologische
Faktoren bei Patienten mit Asthma bronchiale oder
Atemfunktionsstörungen oder Magenerkrankungen

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg - Universität Mainz

Den Medizinischen Fachbereichen vorgelegt von

Marte Biertz in Conte
aus Trier

Mainz 1976

Fachbereichsdekan: Prof. Dr. S. Straub

Referent: Prof. Dr. D. Langen

Korreferent: Prof. Dr. H. Rieger



Inhaltsverzeichnis

Seite

I.	Einleitung	1
II.	Untersuchungsgut	7
III.	Methodik	14
IV.	Ergebnisse	20
1.	Allgemeine Beschreibung des Patientengutes	20
a.	Aussagen über die Krankheit	20
	Krankheitsgruppen	20
	Subjektiver Krankheitswert	22
	Genese der Erkrankung:	
	psychogen, nicht psychogen, Mischfälle	22
	Frühere Leiden und Auffälligkeiten	24
	Chronizität	25
	Frühere Behandlung im Zusammenhang mit Neurosen	26
	Arbeitsunfähigkeit	27
	Minderung der Erwerbsfähigkeit	28
b.	Allgemeine Aussagen über die Patienten	28
	Gliederung nach Alter und Geschlecht	28
	Stammeszugehörigkeit	30
	Flüchtlingsschicksal	30
	Familiäre Situation	34
	Religion	36
	Beruf	37
	Menarche bzw. erste Pollution	42
	erster Koitus	42
	Onanie	42
2.	Neurosenpsychologische Beschreibung des Patientengutes	43
	Neurosenstruktur	43
	schizoide Züge	43
	depressive Züge	44
	zwanghafte Züge	46
	hysterische Züge	48
	Subjektives Erleben des Patienten im Zusammenhang mit der gegenwärtig geklagten Symptomatik:	
	Stimmung, Erleber, Empfindung	49

Ausdruckswert der Symptomatik:	53
orale Bedeutung	57
anale Bedeutung	58
Motorik	58
Umweltbeziehung	60
3. Antriebspsychologische Aussagen des Patientengutes .	61
Intentionaler Bereich:	61
Weltgefühl	61
reale Wunschwelt	62
Bewegungsgefühl	63
Antinomiegefühl	63
Besitzstreben: kaptativ, retentiv, Geniessen . .	64
Geltungsstreben	67
Liebesstreben:	68
passive Zärtlichkeit	69
passive Sexualität	69
zentripetal fein	69
zentrifugal fein	70
aktive Zärtlichkeit	70
aktive Sexualität	71
Passivität-Aktivität im gehemmten Bereich . .	72
Häufigkeit der einzelnen Versuchungen . . .	73
Fortwirken der auslösenden Faktoren und	
ihrer Folgeerscheinungen	74
Einwirkungsdauer der Versuchung	74
Inkubationszeit	75
Eignung zur Behandlung	75
Prognose	75
4. Zusammenfassung der Ergebnisse	76
V. Diskussion	108
VI. Zusammenfassung	119
VII. Literaturverzeichnis	121

I. E I N L E I T U N G

Geht man davon aus, daß es heute in der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation (DGD) eine Gesellschaft für Medizinische Dokumentation (DGMDS) gibt und darin eine Sektion "Psychotherapie", in der eine große Zahl der klinisch-psychotherapeutischen Institutionen der Bundesrepublik mit der Zielsetzung einheitlicher Datenerfassung und großzahliger Datenverarbeitung vertreten ist, geht man weiter davon aus, daß dafür ein als verbindlich vereinbarter gemeinsamer Sachverhaltsschlüssel und gemeinsame Erhebungsbögen erarbeitet worden sind, die auch die in einzelnen Fachpraxen anfallenden Daten erfassen können, dann nimmt es wunder, daß dies das Ergebnis einer Entwicklung von knapp 25 Jahren ist.

Die Psychoanalyse hat eine Geschichte von rund 75 Jahren, in denen eine Auffächerung in verschiedene "Schulen" erfolgt ist. Anhand von Einzelbeobachtungen und Einzelverläufen sind viele Hypothesen publiziert worden, ohne als solche kenntlich gemacht worden zu sein. Infolgedessen wird auf diesem Gebiet vielfach von Theorien, Regeln und beispielsweise von "Komplexen" gesprochen, so als ob es sich um Fakten handelte, die das Gewicht wissenschaftlich gesicherter Tatbestände haben und unter gleichen Bedingungen reproduzierbar sind.

Weil der Mensch nicht nur identisch ist mit seinem Leibe,

hatte es die Medizin schon immer schwer, sich ihren Aspekt einer "exakten Naturwissenschaft" zu behaupten. Diese Schwierigkeiten kulminieren eindeutig auf dem Gebiet der Psychoanalyse, weil hier der geschichtliche Aspekt der Gignomene und damit die Biographie des Patienten die umfassende, mit Attributen wie "erweiterte", "tiefenpsychologische" oder "analytische" hervorgehobene Anamnese im Mittelpunkt von Diagnostik, Therapie und prophylaktischen Konsequenzen steht.

Hier geht es in erster Linie um eine andere Seinsweise des Menschen, die durch sein Gegenübersein zu sich und der Welt charakterisiert ist und es ihm ermöglicht, mit sich und der Welt umzugehen. Störungen, die hier verankert sind, können regelmässig als Störungen im Umgang des Menschen mit sich und der Welt bezeichnet werden.

Der Ruf nach Vergleichbarkeit der psychoanalytischen Erfahrungen konnte nicht überraschen. Mit der Zeit wurde es erforderlich, fundamentale Hypothesen auszusortieren. Die von FREUD als Kernstücke der Psychoanalyse betonten Phänomene wie Übertragung, Verdrängung, Widerstand, Ödipus- und Kastrationskomplex erwiesen sich für diese Aufgabe als wenig geeignet.

Die Behauptung, daß vegetativ-nervöse Funktionsstörungen sowie Störungen im erkennenden, wertenden und handelnden Umgang eines Menschen mit sich und der Welt durch die

Verarbeitung früherer Erlebnisse hervorgerufen werden können, steht im Gegensatz zu der Vorstellung der Endogenese, nämlich daß die genannten Störungen ihre Ursache in der Anlage, bzw. im Erbstrom haben und demzufolge, wie es heißt, schicksalsmäßig auftreten. Der von OBROSOV geprägte Begriff der "Ausgangslage" steht in der Mitte. Darunter ist zu verstehen, daß ein Organismus nicht nur in seinem aktuellen Vorhandensein auf Einwirkungen reagiert, so daß sich die Folgen wie bei einer Billardkugel vorausberechnen lassen; er hat vielmehr durch die in seinem individuellen Leben vorausgegangenen Auseinandersetzungen private Dispositionen erworben, die im Augenblick, in dem er gegenwärtig eine Einwirkung erleidet und beantwortet, als seine individuelle Ausgangslage die Art und Weise seiner Reaktion mitbestimmen. Die erste Hypothese wird durch die weitergehende zweite ergänzt, daß den ersten Lebensjahren für die Exogenese eine entscheidend wichtige Rolle zufällt.

Es war eine epochale Einsicht, als FREUD entdeckte, daß Steuerungen unserer Leibesfunktionen, unseres Denkens, Handelns und Wertens nicht ausschließlich in unserem Wollen und in unseren bewußten Vorstellungen verursacht sind. Nicht Logik und nicht Vernunft allein haben über Tun und Lassen zu bestimmen, sondern Bedürfnisse, Triebe, Ängste und vor allem Erfahrungen, die wir - insbesondere frühkindlich - erlitten haben und die sich von uns nicht mehr ohne weiteres erinnern lassen, die "un-

bewußt" geworden sind.

Heute wissen wir, daß der Mensch, der als Teil eingefügt ist in eine Fülle hierarchischer Ganzheiten, von vielen Strömungen gelebt wird, die nicht einmal aus seiner eigenen Person stammen müssen. Zu dieser Erkenntnis hat die Erforschung der Gruppendynamik vieles beigesteuert.

Geht man mit FREUD davon aus, daß der Mensch aufgrund des frühkindlich erlittenen Schicksals Störungen erwerben kann, die später seine Gesundheit beeinträchtigen, dann ergibt sich die Frage, warum der eine Mensch mit diesem, ein anderer mit anderen Symptomen reagiert.

Es handelt sich um das Problem der Symptom- und Organwahl. Hierzu hat SCHULTZ-HENCKE das folgende Hypothesengefüge angeboten, bei dem sich alle animalischen Antriebserlebnisse letztlich auf drei Bedürfniskategorien abstrahieren lassen.

Es handelt sich

1) um eine Bedürfniskategorie, die auf Stoffwechsel, d.h. Einverleiben, Nichteinverleiben, Ausscheiden, Nichtausscheiden und Verwerten von Substanz gerichtet ist. SCHULTZ-HENCKE spricht von Besitzstreben und charakterisiert es mit den Begriffen "kaptative" und "retentive" Tendenzen.

2) um eine Bedürfniskategorie, die darauf zielt, sich und andere zu bewegen, Raum einzunehmen und sich zu

behaupten. Es ist die von ihm als Geltungsstreben bezeichnete Kategorie mit der sie kennzeichnenden "aggressiven Tendenz".

3) um eine Bedürfniskategorie, die auf Feldbildung abzielt, auf Sich-in-Beziehungen-setzen. Sie wird von ihm als das durch "sexuelle Tendenz" markierte Liebesstreben bezeichnet.

Wird ein Mensch auf einem dieser Antriebsgebiete gehemmt, entsteht eine umschriebene Gehemmtheit. Das Gehemmte ist nicht tot. Es bleibt als dynamisch-biologischer Faktor wirksam, wenn es auch nach Ansicht SCHULTZ-HENCKES aus dem Raum bewußter Motivationen ausgesperrt ist, vergleichbar der ungeladenen Fee in dem Märchen von Dornröschen. Gerät ein Mensch mit einer solchen Gehemmtheit später in eine Lebenssituation, in der er gerade an jener Stelle, wo er seine Gehemmtheit besitzt, dringlich zum Handeln genötigt wird, dann ist ihm das unmöglich. Die Spezifität der erworbenen Gehemmtheit und der sie gezielt treffenden Provokation wird als Versuchungs- und Versagungssituation bezeichnet und ist wie ein Schlüssel-Schloß-Mechanismus vorzustellen. Wenn Gehemmtheit und Provokation haargenau zueinander passen, dann tritt statt der zu erwartenden altersgemäßen "Antwort" ein Symptom auf. Dieses Symptom hat dann wiederum spezifischen Charakter insofern, als es - wenn auch heterotop - das gehemmte Bedürfnis

zum Ausdruck bringt.

Handelt es sich beispielsweise um das Neinsagen, dann kann der Betreffende, der jetzt ernstlich etwas hergeben soll, was er keinesfalls hergeben will, wegen seiner hier bestehenden Gehemmtheit nicht Nein sagen, aber er erkrankt an einem Symptom, in dem sich das Zurückhalten von Besitz ausdrückt. Beispiele dafür sind Obstipation, Harnverhaltung, Asthma bronchiale, Dyskinesien im Gallen- und Uretherbereich, venöse Stauungen, Hämorrhoiden, Krampfadern usw.

Um diese Hypothese überprüfen zu können, hat 1950 erstmalig DERBOLOWSKY (1952, 1969) einen maschinell auswertbaren Erhebungsbogen und Sachverhaltschlüssel entworfen, um eine großzahlige Datenerfassung dieses Gebietes zu ermöglichen.

II. U N T E R S U C H U N G S G U T

Das Patientengut der vorliegenden Arbeit stammt aus zwei verschiedenen Untersuchungen. Die eine umfaßt den Zeitraum von 1949 bis 1951. Sie wurde in der Niedersächsischen Landesheilstätte Rasemühle bei Göttingen (Direktor: G. KÜHNEL), dem heutigen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, von U. DERBOLOWSKY durchgeführt. Die andere Untersuchung wurde an der Psychosomatischen Abteilung der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf (Direktor: A. JORES, Abteilungsvorsteher: U. DERBOLOWSKY) in der Zeit von 1951 bis 1954 vorgenommen.

Das Krankengut ist in beiden Untersuchungen unterschiedlich. In Rasemühle wurden von allen stationär behandelten Patienten diejenigen erfaßt, die auf eigenen Antrag von ihren Rentenversicherungsträgern zu einem psychotherapeutischen Heilverfahren eingewiesen worden waren. Für die einweisenden Kostenträger mußte in jedem einzelnen Fall ein neurosenpsychologisches Gutachten erstellt werden.

In dem genannten Zeitraum hat DERBOLOWSKY für diese insgesamt 536 Patienten die Gutachten selbst angefertigt. Es erfolgte keine weitere Auslese der Patienten. Über die Auswahlkriterien seitens der Kostenträger ist nichts bekannt.

Die Patienten der Psychosomatischen Abteilung in Hamburg-Eppendorf waren größtenteils ambulant, nur ganz wenige

wurden aus anderen Abteilungen mit stationären Kranken überwiesen. Die meisten entstammten der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, deren Krankengut sich im allgemeinen aus Patienten zusammensetzt, die von frei praktizierenden Ärzten zu weiterer ambulanter diagnostischer Abklärung dem Universitätskrankenhaus überwiesen werden, wenn bei ihrer Behandlung Schwierigkeiten auftreten. Die Überweisung an die Ambulanz der Psychosomatischen Abteilung erfolgte mit der Fragestellung, ob die geklagten Beschwerden bzw. die bestehenden Erkrankungen psychogen seien. Anhand eines Erhebungsbogens wurden die neurosenpsychologischen Untersuchungen mit Hilfe eines Sachverhaltsschlüssels in der Weise vorgenommen, daß der Untersucher in jedem Fall zu denselben Fragen eines umschriebenen Fragenpools Stellung nehmen mußte, wobei aber die Fragen im Wortlaut nicht genau vorgegeben waren. Bei jedem Patienten wurde die Untersuchung zweimal vorgenommen. Die 1. Untersuchung wurde von einem Medizinalassistenten durchgeführt, der den Patienten später dem Abteilungsvorsteher oder einem der vier Assistenzärzte zu einer 2. Untersuchung, der "Zweitsicht", vorstellen mußte. Die Zweitsicht unterblieb nur dann, wenn bereits bei der Erstuntersuchung eine Psychogenese eindeutig ausgeschlossen werden konnte, oder wenn der Patient von sich aus zu der 2. Untersuchung nicht mehr erschien. In der vorliegenden Arbeit wurden nur die 332 Krankengeschichten berücksichtigt, bei denen eine Zweit-

sicht stattgefunden hatte, weil nur die Zweitsichter über eine - allerdings recht unterschiedliche - psychotherapeutische Ausbildung verfügten. Ihre damalige Einstellung zur dokumentationsgerechten Datenerfassung war nicht einheitlich bejahend. Daraus kann einesteils eine gewisse Uneinheitlichkeit der Befunde resultieren, anderenteils wird aber die Gefahr gemindert, daß die "Brille" eines einzigen Untersuchers alle Ergebnisse filtern und verändern kann.

DERBOLOWSKY hat 1950/51 nachträglich die Angaben der im konventionellen Stil verfaßten und daher wie üblich langatmigen Befundberichte und Gutachten des Rasemühler Materials selbst kodiert und auf Lochkarten übertragen lassen. (DERBOLOWSKY 1952, 1953, 1957 a und b). Mit Hilfe der dabei gewonnenen Erfahrungen entwickelte er 1951 für die Psychosomatische Abteilung der II. Medizinischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf einen erweiterten und verbesserten Erhebungsbogen (DERBOLOWSKY 1969), der unmittelbar während der Untersuchung zusammen mit einem konventionellen Krankenblatt vom Medizinalassistenten in Zeile A (s. Abb. 1a und 1b) und später bei der Zweitsicht vom Nachuntersucher in Zeile B ausgefüllt wurde. Diskrepanzen zwischen den Befunden beider Untersucher wurden in einer Konferenz diskutiert. Kam die Konferenz zu einem anderen Urteil als der Zweitsichter, verbesserte dieser nachträglich seine Befundverschlüsselung. Der Erhebungsbogen ist so

gehalten, daß die Diagnosen und Urteile des Arztes in Form von Ziffern eingetragen wurden, während die subjektiven Angaben des Patienten gesondert im Klartext aufgezeichnet wurden. Wie allgemein üblich, wurden die biographischen Angaben nicht objektiviert. Den Patienten wurden keine gleichlautend vorformulierten Fragen gestellt. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr, daß durch verschiedene Frageweisen unterschiedliche Antworten provoziert werden (DERBOLOWSKY 1968) und vergrößert das Risiko, daß der Kranke, vom zwischenmenschlichen Beziehungsfeld Arzt-Patient unterschiedlich beeinflusst (CREMERIUS 1968), unbewußt die vom Untersucher gewünschten Antworten gibt oder wichtige Angaben unbewußt vorenthält. Zudem wird der unbewußt tendenziösen Interpretation des Untersuchers großer Spielraum gewährt, und es kann sein, daß "jeder Untersucher eigenartigerweise gerade das bei seinen Patienten zu sehen bekommt, worauf er aufgrund seiner theoretischen Vorstellungen eingestellt ist" (LANGEN 1966, 1970). BECKMAMM und RICHTER (1968) konnten nachweisen, daß jede Beurteilung des Patienten "auch Informationen über den Arzt enthält (Gegenübertragung), die in Zusammenhang mit Dauer der Ausbildung und Persönlichkeitsmerkmalen des Psychotherapeuten stehen".

Auch für das Rasemühler Untersuchungsgut müssen diese Fehlermöglichkeiten bedacht werden. Es ist festzuhalten, daß den vorliegenden Erhebungen insbesondere die Hypothesen

zugrunde gelegen haben, die SCHULTZ-HENCKE in seiner Neurosenlehre formuliert hat.

I. Allgemeines:

1) Lfd. Nr.

A	B	C
---	---	---

2) Geschlecht

A	B	C
---	---	---

3) Alter

A	B	C
---	---	---

4) Institut

A	B	C
---	---	---

Karte I und II

Name:

geb.

verw.

Vornamen:

Geb. Tag: • Std:

Geb. Ort:

Jetzige ständige Anschrift:

Erweiterte Anamnese

(Aufzeichnung der Rubrik A)

am: 5)

durch: A

✗	
---	--

(Unterschrift)

Zweitsicht

(Aufzeichnung der Rubrik B)

am: 5)

durch: B

✗	
---	--

(Unterschrift)

Abschlußuntersuchung

(Aufzeichnung der Rubrik C)

am: 5)

durch: C

--	--

(Unterschrift)

Bemerkungen:

(Zur Untersuchung)

II. Antriebspsychologische Angaben:

6)

Intensität

Bereich

7)

Besitzstreben

8)

Gelbstreben

9)

receptiv

10)

propulsiv

11)

aktive Zärtlichkeit

12)

aktive Zärtlichkeit

13)

aktive Zärtlichkeit

14)

aktive Zärtlichkeit

15)

aktive Zärtlichkeit

16)

aktive Zärtlichkeit

17)

aktive Zärtlichkeit

18)

aktive Zärtlichkeit

19)

aktive Zärtlichkeit

20)

aktive Zärtlichkeit

21)

aktive Zärtlichkeit

22)

aktive Zärtlichkeit

23)

aktive Zärtlichkeit

Karte I (Fortsetzung)

10) 11)

12) 13)

14) 15)

16) 17)

18) 19)

20) 21)

22) 23)

24) 25)

26) 27)

28) 29)

30) 31)

32) 33)

34) 35)

36) 37)

38) 39)

40) 41)

42) 43)

44) 45)

46) 47)

48) 49)

50) 51)

52) 53)

54) 55)

56) 57)

58) 59)

60) 61)

62) 63)

64) 65)

66) 67)

68) 69)

70) 71)

72) 73)

74) 75)

76) 77)

78) 79)

80) 81)

82) 83)

84) 85)

86) 87)

88) 89)

90) 91)

III. Angaben zur Symptomatik:

10) 11)

12) 13)

14) 15)

16) 17)

18) 19)

20) 21)

22) 23)

24) 25)

26) 27)

28) 29)

30) 31)

32) 33)

34) 35)

36) 37)

38) 39)

40) 41)

42) 43)

44) 45)

46) 47)

48) 49)

50) 51)

52) 53)

54) 55)

56) 57)

58) 59)

60) 61)

62) 63)

64) 65)

66) 67)

68) 69)

70) 71)

72) 73)

74) 75)

76) 77)

78) 79)

80) 81)

82) 83)

84) 85)

86) 87)

88) 89)

90) 91)

Kennzeichen:

Karte I A

" B

" C

" II

Steuerlocher in Spalte:

10

11

12

58

III. M E T H O D I K

Die etwa 5.000 inzwischen über 20 Jahre alten Lochkarten erwiesen sich in den modernen Maschinen als nicht brauchbar, u.a. wegen der seinerzeit üblich gewesenen zahlreichen Überlöcher. Das sind Lochungen in der Elfer- und Zwölferreihe, die sog. Steuerfunktionen auszulösen hatten. Deshalb mussten anhand der Urbelege neue Erhebungsbögen erstellt, ausgefüllt und neu abgelocht werden.

Das Material der beiden Untersuchungen wurde wegen der Gefahr des klinikspezifischen Heterogenitätseffektes (KOLLER) durch die unterschiedliche örtliche, zeitliche, methodische und personelle Situation getrennt ausgewertet.

Die Häufigkeit des Vorkommens der interessierenden Merkmale (Variablen) wurde ausgezählt und in 69 (Eppendorf) und 35 (Rasemühle) Tabellen dargestellt für die Gruppe der Asthmatiker, für die Patienten mit Atemfunktionsstörungen, für die Magenkranken und die Gruppe der Patienten mit den zahlreichen sonstigen psychosomatischen Diagnosen, die als Vergleichsgruppe dienen soll, weil eine Vergleichsmöglichkeit aus dem Material mit Normalpersonen nicht gegeben ist.

Wegen zu niedriger Fallzahlen wurden in der Gruppe der Magenkranken Patienten mit den Diagnosen Dyspepsie, Magengeschwür und Duodenalgeschwür zusammengefaßt.

Die Krankengeschichten der Männer und der Frauen wurden in jeder Gruppe getrennt ausgewertet, obgleich JORES und VON KERÉKJÁRTÓ keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Bronchialasthma gefunden hatten. Hier wurde davon ausgegangen, daß alle Lebensäußerungen, auch die Reaktion auf krankmachende Faktoren, vom Geschlecht geprägt sein können (BÜRGER, ENKE und MICHLER, HEGGLIN, KAWAKAMI). Es zeigte sich, daß die Fallzahl in vielen Zellen für die Tabellen zu klein war zur Anwendung eines statistischen Tests. Als Beispiel siehe Tabelle Nr. 1.

Deshalb wurden sie zu Ja - Nein - Aussagen in Vierfeldertafeln zusammengefaßt, 771 beim Rasemühler und 2236 beim Eppendorfer Untersuchungsmaterial. Dabei ließ es sich nicht vermeiden, daß die Mehrzahl der sehr detailliert verschlüsselten Informationen unberücksichtigt blieben, wie beispielsweise aus Tab. Nr. 2 ersichtlich ist. Hier mußten die Schlüsselzahlen 2-10 zusammengefaßt der Zahl 1 gegenübergestellt werden.

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurden die Vierfeldertafeln daraufhin geprüft, ob die Merkmale in den vier Zellen voneinander unabhängig sind. Wenn der Gesamtstichprobenumfang unter 40 oder eine Randsumme unter 20 oder der Erwartungswert für eine Zelle unter 5 lag oder ein beobachteter Wert kleiner als oder gleich 1 war, wurde der exakte Fisher-Test gerechnet. Die Yates'-Korrektur des Chi-Quadrat-Tests wurde angewandt, wenn mindestens ein Erwartungswert kleiner als oder gleich 30 war.

Tab. Nr. 1 : Beispiel für die Notwendigkeit des Zusammenfassens der Kontingenztafeln.
Kaptatives Erleben des Besitzstrebens.

	E p p e n d o r f										Summe
	Asthma		Atemfunktions- störungen		Magenkranke		Vergleichs- gruppe				
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
99 = nicht notiert	0	0	0	0	0	0	0	3	2	5	
1 = ist gekannt	3	4	6	2	2	0	0	13	10	40	
2 = ist bekannt, wird gefürchtet	10	12	2	3	2	2	2	9	21	61	
3 = fehlt, weist blonde Lücken auf	6	6	0	3	6	5	5	10	20	56	
4 = wird überwertet, übertrieben, Durchbrüche	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
5 = 2 + 4	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5	
6 = 3 + 4	1	1	0	0	2	0	0	5	2	11	
7 = kann nichts "einfach" an- nehmen	1	4	1	0	0	0	0	0	6	12	
8 = 2 + 7	8	8	1	2	6	4	4	16	19	64	
9 = 3 + 7	9	9	1	7	2	4	4	10	30	72	
10 = 4 + 7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Summe	38	44	11	17	20	15	67	117	117	329	

Tab. Nr. 2: Beispiel einer Vierfeldertafel von den
sechzehn aus Tab. Nr. 1 gebildeten Vier-
feldertafeln. Kaptatives Erleben des
Besitzstrebens

	Gestört (Schlüsselzahl 2-10)	Nicht gestört (Schlüsselzahl 1)	Summe
Männer mit Asthma	35	3	38
Männer mit Atemfunktionsstörungen	5	6	11
Summe	40	9	49

Weitere Einzelheiten über die Tests sind der statistischen Literatur, beispielsweise bei SACHS S. 341 - 346, zu entnehmen.

Die Berechnung erfolgte auf der CD 3300 des Rechenzentrums der Universität Mainz mit einem Programm des Institutes für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. Dr. S. KOLLER).

Ich danke den Herren Prof. Dr. L. HORBACH und Prof. Dr. J. MICHAELIS herzlich für ihre Beratung bei der Aufbereitung des Materials für diese Arbeit.

Für jedes Merkmal wurde mit Hilfe der oben genannten Methode die Abhängigkeit vom Geschlecht und von der Krankheit untersucht, so daß insgesamt pro Variable

16 Vierfeldertafeln aufgestellt wurden (siehe die Legende zu den Tabellen 6 bis 9). Bei der Prüfung auf Unabhängigkeit muß berücksichtigt werden, daß die einzelnen so konstruierten Vierfeldertafeln nicht voneinander unabhängig sind. Daher haben die mit den Teststatistiken angegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten im Einzelfall keine konkrete Aussagekraft.

Ziel dieses Vorgehens war es jedoch, eine gewisse Übersicht über die erhobenen Befunde zu erlangen, etwa im Sinne eines Hypothesen-Generierungsprozesses. Zusätzlich muß man bei der Interpretation der angegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten berücksichtigen, daß bei der großen Zahl der durchgeführten Tests definitionsgemäß ein gewisser Prozentsatz (z.B. 1%) als statistisch gesicherter Zusammenhang interpretiert wird und daß es sich hierbei lediglich um Zufallskonstellationen handelt. Bei unserer Auswertung ist jede Abweichung der beobachteten Werte von den Erwartungswerten, sowohl Abweichungen nach unten als auch nach oben, gleich interessant. Deshalb wandten wir die statistischen Tests bei zweiseitiger Fragestellung an. Wenn im Eppendorfer oder Rasemühler Untersuchungsmaterial ein auffälliger oder signifikanter Unterschied gefunden wurde, ohne daß im anderen Kollektiv der entsprechende Test positiv ausgefallen war, dann haben wir dieselbe Fragestellung im anderen Patientengut noch einmal bei nun einseitiger Fragestellung nachgetestet, insgesamt 184 Tests. Dabei fielen zwei weitere positiv aus.

In der vorliegenden Arbeit werden nur diejenigen Ergebnisse erwähnt, bei denen die Irrtumswahrscheinlichkeit 0,1%, 1% und 5% betrug. Im folgenden werden daher zwar die Begriffe statistisch auffällig und signifikant im Zusammenhang mit den Irrtumswahrscheinlichkeiten verwendet, sind jedoch lediglich deskriptiv zu verstehen.

IV. E R G E B N I S S E

1. Allgemeine Beschreibung des Patientengutes

a. Aussagen über die Krankheit

Von den 536 Patienten aus Rasemühle sind 339 männlichen und 197 weiblichen Geschlechts; darunter befinden sich 16 Asthmatiker (8 Männer, 8 Frauen), 33 Patienten mit Atemfunktionsstörungen (24 Männer, 9 Frauen) und 78 Magenranke (51 Männer, 27 Frauen).

Das Eppendorfer Krankengut besteht aus 137 Männern und 195 Frauen (332 Patienten), darunter 82 Asthmatiker (38 Männer, 44 Frauen), 28 Patienten mit Atemfunktionsstörungen (11 Männer, 17 Frauen) und 35 Magenranke (20 Männer, 15 Frauen). Weitere 3 Magenranke litten gleichzeitig an Asthmaanfällen, die jedoch für den Patienten einen geringeren subjektiven Krankheitswert besaßen als ihre Magenleiden (1 Mann mit Duodenalulcus, 2 Frauen mit Dyspepsie). Sie wurden von der vorliegenden Untersuchung ausgeklammert, so daß sich eine Gesamtfallzahl von 329 Patienten ergab.

Fast jeder der Patienten klagte noch über andere Beschwerden, weshalb für die Diagnosen und Symptome im Rasemühlen Erhebungsbogen 5 Felder, im Eppendorfer Erhebungsbogen 10 Felder vorgesehen waren, wobei die Störung mit dem größten subjektiven Krankheitswert für den Patienten an erster Stelle eingetragen wurde. Tabelle Nr. 3 zeigt

Tab. Nr. 3: Stellenwert der Krankheit bei den
Patientengruppen

	Krankheitsgruppe	Stellenwert					Summe
		1.	2.	3.	4.	5.-10.	
Rasemühle	Asthmatiker	11	3	0	0	2	16
	Patienten mit Atem- funktionsstörungen	3	6	11	5	8	33
	Magenkranke	11	19	15	16	17	78
	Summe	25	28	26	21	27	127
Eppendorf	Asthmatiker	80	2	2	0	1	85
	Patienten mit Atem- funktionsstörungen	6	6	9	1	6	28
	Magenkranke	13	9	3	0	10	35
	Summe	99	17	14	1	17	148

den Erlebnis-Stellenwert der Krankheit für die Patienten aus Rasemühle und aus Eppendorf.

Es zeigt sich, daß der subjektive Krankheitswert der Symptomatik bei den Asthmatikern in beiden Untersuchungsgruppen signifikant größer war verglichen mit den Patienten mit Atemfunktionsstörungen ($p \leq 1\%$) und den Magenkranken ($p \leq 1\%$), was bei der akuten bedrohlichen Symptomatik nicht anders zu erwarten war.

Durchschnittlich sind pro Patient drei bis vier Diagnosen bzw. Symptome vergeben worden. Davon beziehen sich etwa die Hälfte auf funktionelle und psychosomatische Störungen, etwa $1/4$ auf psychotische und psychoneurotische Symptome und etwa $1/4$ auf organische Erkrankungen, die unter den Nebenfunden aufgeführt worden sind.

Diese Einteilung in funktionelle und psychosomatische, in psychotische und psychoneurotische und in organische Krankheitsgruppen folgt dem Vorschlag von CREMERIUS (1968). Das Ergebnis zeigt, daß die Patienten aufgrund des Überwiegens funktioneller und psychosomatischer Beschwerden zutreffend in psychotherapeutische Behandlung überwiesen worden sind.

Die Auswertung des Stichwortes "Genese der Erkrankung" bestätigt dieses Ergebnis. Durchschnittlich sind weniger als 1% der Eppendorfer Patienten als primär organogen und 65% als primär psychogen, das restliche Drittel ist als "Mischfälle" beurteilt worden. Das war bei dem

psychosomatischen Gesamtgeschehen nicht anders zu erwarten, bei dem nach JORES (1966) primär das Psychische als Ätiologie auftritt. Untersuchungen von PAWLOW, BEAUMONT, CANNON und WOLF et al., wie beispielsweise Gefühle den Magen beeinflussen, sind für die ganze psychosomatische Medizin grundlegend. Dagegen sieht HANSEN et al. das Primäre im Somatischen. Sicherlich kann beides richtig sein, besonders wenn man das Körperliche und das Seelische als zwei Aspekte eines einheitlichen Grundgeschehens (v. UEXKÜLL 1963, MITSCHERLICH) versteht.

Unter den männlichen Asthmatikern befinden sich mehr Mischfälle als unter den magenkranken Männern ($E^1: p \leq 5\%$) und denen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Weitere von mir gerechnete Tests über die Kausalität der Mischfälle stützen die Hypothese, daß Bronchialasthma durch mehrere voneinander unabhängige, gleichwertige Faktoren, beispielsweise durch Allergien, chronische Infekte, genetische Faktoren (SCHWARZ), endokrine, vegetative und psychische Momente (CRUSHAUD, CURTIUS, DEKKER et al., GOTTSEGEN et al., HOFFMANN, IRNELL, JORES (1962), NOELPP et al., WERNER) ausgelöst werden kann. Bei den männlichen Magenpatienten findet sich vorwiegend eine Psychogenese, während bei den weiblichen Magenkranken häufiger eine multifaktoriell ausgelöste Erkrankung vorliegt, ein Ergebnis, das der Nachprüfung wert erscheint.

1: mit E werden in der Folge die im Eppendorfer, mit R die im Rasemühler Untersuchungskollektiv gefundenen Unterschiede gekennzeichnet.

Bei der Auswertung der früheren Leiden und Auffälligkeiten finden sich an 1. Stelle die organischen Erkrankungen, erst in größerem Abstand folgen die funktionell-psychosomatischen Störungen und die psychotisch-psychoneurotischen Symptome. Das Verhältnis ist in E 76 : 9 : 15, in R 60 : 30 : 10. Diese Zusammensetzung läßt sich dadurch einfach erklären, daß Patienten gelernt haben, auf die Frage nach früheren Krankheiten in erster Linie mit Operationsdaten zu antworten. Insbesondere wird auf die Frage nach durchgemachten Erkrankungen in der Kindheit praktisch niemals spontan über Bettnässen, Nägelkauen, Tierphobien usw. berichtet; aufgezählt werden spontan etwa durchgemachte Infektionskrankheiten. CREMERIUS (1968, 1971 a und b), STOKVIS, VARTIO, SPIEGELBERG (1965) haben im Zusammenhang mit dem Phänomen des Krankheitswandels auf den Umstand hingewiesen, der sich täglich neu überprüfen läßt, daß nämlich fast in jedem einzelnen Fall in der Kindheit sowieso, aber auch im späteren Leben weitaus mehr funktionelle und psychosomatische Störungen durchgemacht worden sind, als von den Patienten angegeben werden; funktionelle, psychosomatische und erst recht psychotisch-psychoneurotische Symptome werden verschwiegen, weil die Umwelt diskriminierend darauf reagiert. Das Vorurteil der Umgebung bewirkt, daß solche Störungen nachträglich bagatellisiert und vergessen werden. Dagegen werden organische Erkrankungen, Unfälle, Knochenbrüche, Operationen, Verwundungen als von den

Mitmenschen anerkannte Meilensteine der Lebensgeschichte bereitwillig berichtet.

Im Eppendorfer Krankengut kommen durchschnittlich 22% akute und 78% chronische Erkrankungen vor. Im Rasemühler Untersuchungsmaterial sind 43% akut und 57% chronisch krank. Der Unterschied, der zwischen ambulant behandelten Patienten einer Universitätspoliklinik (E) und stationär in einem Heilverfahren behandelten Patienten (R) besteht, macht das divergente Ergebnis verständlich. Die einen (E) werden wegen Symptompersistenz zu einer zusätzlichen Diagnostik geschickt, die anderen (R) werden aufgrund einer für günstig gehaltenen Prognose zu einem Heilverfahren überwiesen. CREMERIUS (1968) hat 9 bis 35% seiner Fälle als akut eingestuft. Auch er hat seine Untersuchungen an einer Universitätspoliklinik durchgeführt. Seine Beobachtung wird durch unsere Eppendorfer Zahlen bestätigt, denn auch hier ist die Streuung 9,1 - 35,0%.

Männliche Asthmatiker sind auffällig häufiger chronisch erkrankt als die Männer der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Im Rasemühler Krankengut sind die Asthmatikerinnen häufiger chronisch erkrankt als die Frauen mit Atemfunktionsstörungen ($R: p \leq 5\%$). Die Einteilung in akut und chronisch erfolgt nach der Definition von CREMERIUS (1968), der erst nach einer Krankheitsdauer von mehr als 2 Jahren von einer chronischen Erkrankung spricht. Bei kürzerer Krankheitsdauer spricht er von einer physiologischen Notfallreaktion (CANNON) und nicht von einer psychosomatischen Erkrankung.

In der vorliegenden Arbeit werden akute und chronische Fälle zusammen ausgewertet, weil die Fallzahlen sonst zu niedrig geworden wären; zudem widerspricht die Fragestellung dieser Untersuchung einer solchen Zusammenfassung nicht. Die Hypothese lautet: Ein Mensch erkrankt dann akut, wenn seine gehemmten bzw. verdrängten Antriebe, mit denen er also nicht altersgemäß antworten kann, selektiv zur Tat herausgefordert werden. KÜNKEL spricht von "Schicksalsmasche", SCHULTZ-HENCKE von spezifischer Versuchungs- und Versagungssituation, wenn die Provokation wie ein Schlüssel in das Schloß der antriebspsychologischen Struktur dieses Menschen paßt. DERBOLOWSKY et al. (1966) bezeichnen die dem Alter und der Situation unangemessene, provozierte krankhafte Antwortweise als anachronistisch und anatopistisch. Ob die psychogene Krankheit chronisch wird, hängt von vielen Faktoren ab. Dazu gehört, ob die Herausforderung andauert, ob die Folgen der Provokation weiterwirken, ob alle Antriebsgebiete betroffen sind oder nur eines, ob auf einem anderen Antriebsgebiet kompensiert werden kann usw. Diese Faktoren werden hier nur am Rande gestreift. Die Frage nach den antriebspsychologischen Faktoren ist unabhängig davon, ob die Erkrankung akut oder chronisch ist.

78% der Eppendorfer und 30% der Rasemühler Patienten sind im Zusammenhang mit ihren psychogenen Störungen bereits vorbehandelt worden. Bei 53% der Eppendorfer und 17% der Rasemühler Patienten sind Zeitdauer und

Aufwand der Vorbehandlung erheblich gewesen. Der Unterschied ist mit der verschiedenen Zusammensetzung der Patientenkollektive zu erklären.

Im Eppendorfer Krankengut sind Asthmatikerinnen häufiger vorbehandelt worden als die Frauen der Vergleichsgruppe ($E:p \leq 5\%$). Patientinnen mit Atemfunktionsstörungen sind seltener früher in Behandlung gewesen als Frauen mit Asthma ($E:p \leq 1\%$) oder mit Magenleiden ($E:p \leq 1\%$). Zeitdauer und Aufwand der Vorbehandlungen sind bei der Asthmatikergruppe erheblicher als in den Vergleichsgruppen ($E: \sigma p \leq 1\%; \varphi p \leq 1\%$) und bei den Magenpatientinnen ($E: \varphi p \leq 5\%$). Auch wurden die Asthmatiker häufiger zu Badekuren und Heilverfahren verschickt als die Magenkranken ($E: \sigma p \leq 1\%; \varphi p \leq 1\%$) und die Vergleichspersonen ($E: \sigma p \leq 0,1\%; \varphi p \leq 0,1\%$). Männer mit Atemfunktionsstörungen haben häufiger Badekuren und Heilverfahren mitgemacht als die Männer der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Im Rasemühler Material liessen sich, wie zu erwarten, diese Ergebnisse statistisch nicht bestätigen. Hier zeigte sich, daß magenranke Frauen seltener vorbehandelt worden sind als magenranke Männer ($R: p \leq 1\%$) und als die Frauen der Vergleichsgruppe ($R: p \leq 5\%$).

Die Hälfte der Eppendorfer Patienten ist im Zusammenhang mit ihrer Neurose früher schon einmal arbeitsunfähig krank geschrieben worden, die männlichen Asthmatiker häufiger als die Männer mit Atemfunktionsstörungen

(E: $p \leq 1\%$) und die der Vergleichsgruppe (E: $p \leq 5\%$). WILLIAMS et al. beobachteten, daß Asthma ebenso häufig zur Arbeitsunfähigkeit führt wie Duodenal- und Magengeschwür zusammen. Bei 13% der Eppendorfer Patienten hat eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorgelegen ohne Häufung in einer der hier untersuchten Krankheitsgruppen.

b. Allgemeine Aussagen über die Patienten

Bei der Gliederung der beiden Untersuchungsgruppen nach Alter und Geschlecht (Tab. Nr. 4) fällt auf, daß im Rasemühler Untersuchungsgut mehr Männer (65%), dagegen in Eppendorf mehr Frauen untersucht worden sind (59%) ($p = 2,7\%$). Das Überwiegen der Männer in Rasemühle hängt mit der Art der Einweisung durch die Rentenversicherungsträger zusammen, weil damals sehr viel mehr Männer rentenversichert waren als Frauen. Der Prozentsatz von 59% in Eppendorf entspricht wohl der damaligen Zusammensetzung der Bevölkerung. Aus diesen Zahlen ist daher nicht zu schließen, daß ein Geschlecht häufiger psychosomatisch erkrankt ist als das andere. Bei den hier untersuchten Krankheitsgruppen bestätigt sich die alte Beobachtung, daß Männer häufiger am Magen erkranken als Frauen (R: $p = 0,2\%$; E: $p = 5,2\%$). (ALSTED, BJORN-HANSEN).

Der Altersgipfel der Rasemühler Patienten liegt zwischen 30 und 40 Jahren, der des Eppendorfer Untersuchungsmaterials zwischen 20 und 30 Jahren.

Tab. Nr. 4: Gliederung nach Alter und Geschlecht

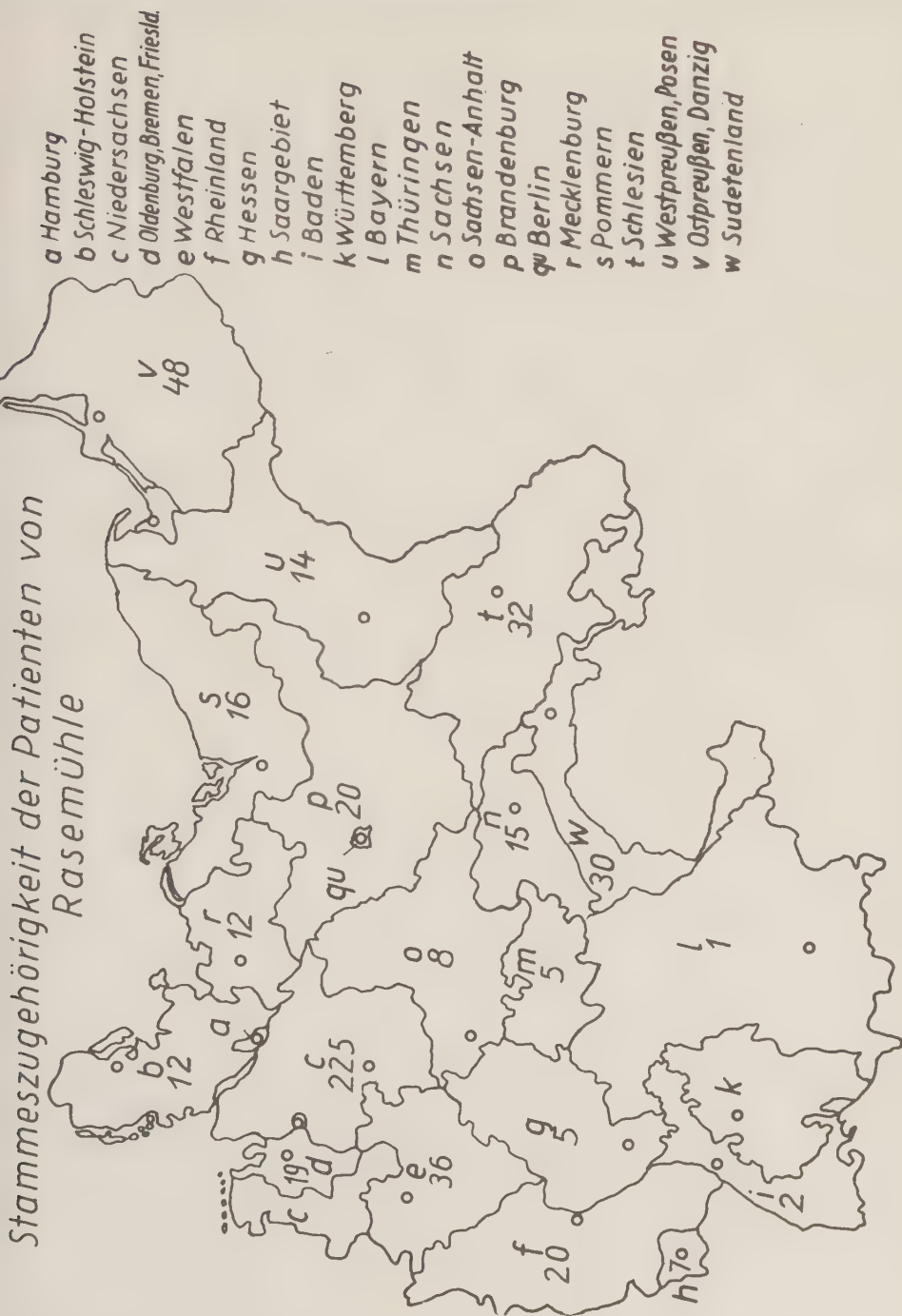
		Alter in Jahren							Summe	
		0 bis unter 10	10 bis unter 20	20 bis unter 30	30 bis unter 40	40 bis unter 50	50 bis unter 60	60 bis unter 70		
e	Asthmatiker	♂ 0	0	0	4	3	1	0	0	8
	♀ 0	0	0	2	2	4	0	0	0	8
t	Patienten m. Atem- funktionsstörungen	♂ 0	0	0	8	11	3	2	0	24
		♀ 0	0	0	0	2	3	4	0	9
z	Magenkranke	♂ 0	0	0	21	15	11	4	0	51
		♀ 0	0	1	5	9	8	4	0	27
u	Vergleichsgruppe	♂ 0	0	7	84	75	67	23	0	256
		♀ 1	1	1	25	39	57	28	2	153
Σ	Summe	1	9	149	156	154	65	2	536	
h	Asthmatiker	♂ 0	11	8	4	7	4	4	3	38
		♀ 0	13	10	4	7	7	4	3	44
k	Patienten m. Atem- funktionsstörungen	♂ 0	1	3	3	2	2	0	0	11
		♀ 0	2	3	7	4	1	0	0	17
p	Magenkranke	♂ 0	0	11	5	3	1	0	0	20
		♀ 0	3	4	5	2	1	0	0	15
u	Vergleichsgruppe	♂ 0	10	16	20	12	5	4	4	67
		♀ 0	10	35	32	25	11	4	4	117
Σ	Summe	0	50	90	80	62	32	15	329	

Die Eppendorfer Asthmatiker erkrankten häufiger unter dem zwanzigsten Lebensjahr als die Vergleichspersonen ($E: \sigma p \leq 1\%; \phi p \leq 1\%$). Die Beobachtung GEDELS, daß Menschen im ersten, vierten und fünften Lebensjahrzehnt bevorzugt an Asthma erkranken, findet im vorliegenden Material keine Bestätigung. Auch die Mitteilung von REES, daß die Anzahl der Knaben, die an Asthma erkranken, doppelt so hoch sein soll wie die der Mädchen, und daß in späteren Lebensjahrzehnten überwiegend Frauen daran erkranken, kann hier nicht bestätigt werden.

Weil manchen Rassen eine Disposition zu bestimmten Krankheiten zugeschrieben wird (BÜRGER, HEGGLIN), und eine verschiedene geographische Verteilung des Ulcus ventriculi und duodeni beobachtet wurde (SCHANKE, POPPE, MURI, EAGLE et al., VINT, EHRSTROM, DOGRA), wurden alle Patienten nach ihrer Stammeszugehörigkeit gefragt, um zu prüfen, ob sich die hier untersuchten Krankheiten in bestimmten Stämmen häufen. In Abb. 1 und 2 ist die diesbezügliche Zusammensetzung des Krankengutes beider Untersuchungsgruppen anschaulich gemacht worden. Da die Erhebungen sich auf die Grenzen Deutschlands vor dem 2. Weltkrieg beziehen, wurde eine alte Deutschlandkarte zugrunde gelegt. Unterschiede zwischen den Krankheitsgruppen ließen sich nicht nachweisen.

Auch das Flüchtlingsschicksal einschließlich Ausbombung und anderem totalen Besitzverlust ist dokumentiert wor-

Stammeszugehörigkeit der Patienten von Rasemühle



Stammeszugehörigkeit der Patienten von Eppendorf



- a Hamburg
- b Schleswig-Holstein
- c Niedersachsen
- d Oldenburg, Bremen, Friesland
- e Westfalen
- f Rheinland
- g Hessen
- h Saargebiet
- i Baden
- k Württemberg
- l Bayern
- m Thüringen
- n Sachsen
- o Sachsen-Anhalt
- p Brandenburg
- q Berlin
- r Mecklenburg
- s Pommern
- t Schlesien
- u Westpreußen, Posen
- v Ostpreußen, Danzig
- w Sudetenland

den. Hierbei könnte untersucht werden, ob psychogene Erkrankungen gehäuft im zeitlichen Zusammenhang mit der Entwurzelung oder aber, was wahrscheinlicher ist, mit der Wiedereinwurzelung auftreten. Diesen Fragen ist in der vorliegenden Arbeit nicht nachgegangen worden. Die vorgefundene Verteilung war folgende: annähernd die Hälfte der untersuchten Personen haben dieses Merkmal. 26% der Eppendorfer und 27% der Rasemühler waren als Flüchtlinge anerkannt.

Unter den Asthmatikerinnen aus Eppendorf finden sich weniger Flüchtlinge (17%) als unter den Vergleichspatienten ($E: p \leq 5\%$). JORES (1966) weist auf das Verschwinden des Asthmas im Kriege hin. Das für Asthmatiker und Magenkranke problematische Besitzstreben verliert an Bedeutung, wenn die Umgebung auch alles verloren hat (JORES 1962, 1966; SCHWIDDER 1951, 1954, 1956). So wurde in Vietnam beobachtet, daß in Gebieten mit Kriegsunruhen weitaus weniger Depressionen und psychosomatische Krankheiten vorkommen als in ruhigeren Landesteilen. Eine mögliche Erklärung wäre, daß bei starken äusseren Inanspruchnahmen der Gesamtpersönlichkeit umschriebene Ausfälle weniger ins Gewicht fallen. Wenn Hunderte vor einer Flutwelle flüchten, verliert es an Bedeutung, ob jemand darunter ist, der besser oder schlechter nein sagen kann. In Kriegszeiten können auch solche Personen ihre Aggressionen äussern, die damit nicht umzugehen gelernt haben. Ihre groben, oft explosiv über das

Ziel hinausschiessenden aggressiven Entladungen gehen ohne weiteres in das gemeinsame Chaos mit ein. In Kriegszonen kann der Aggressionstrieb deshalb allgemeiner ausgelebt werden, dessen Unterdrückung nach MEVES psychosomatische Krankheiten auslöst. Nicht bei der Entwurzelung, sondern in den folgenden Friedenszeiten, wird auch vom Aggressionstrieb gefordert, daß er alters- und situationsgerecht ausgereift und folglich in gemeinschaftsfähiger Weise geäußert werden kann. Jetzt gerät der hier gehemmte Mensch wieder in die Klemme und jetzt treten wieder psychosomatische Störungen auf. Sie sind konsequenterweise als psychogene Einwurzelungskrankheiten anzusprechen. Auch STAEHELIN beobachtete die Zunahme von Asthma bei Menschen, die ihr heimatliches Milieu verlassen und sich in einer fremden Kultur ansiedeln mußten. Die soziale Isolation, die MITSCHERLICH et al. für krankheitsauslösend halten, beschreibt aus anderer Sicht den gleichen Vorgang dieser Art von Einwurzelungsstörung. RUESCH et al. berichten in anderem Zusammenhang, daß die Isolation eines Kindes durch zu großen Altersabstand zu seinen Geschwistern zum Ulcus-Leiden prädestiniert. In Rasemühle finden sich in der Vergleichsgruppe weniger Frauen mit Flüchtlings-schicksal als Männer ($R: p \leq 0,1\%$).

Zur familiären Situation der Patienten läßt sich sagen, daß durchschnittlich 39% (F) aller Kranken (P: 40%)

Kinder haben (JORES und VON KERÉKJÁRTÓ: 64% für Asthmatiker), 56% (E) sind verheiratet oder verheiratet gewesen (R: 55%; JORES und VON KERÉKJÁRTÓ: 74% für Asthmatiker). Die magenkranken Männer aus Rasemühle haben auffällig seltener Kinder als die Frauen (R: $p \leq 5\%$) und die Männer der Vergleichsgruppe seltener als die Frauen der Vergleichsgruppe (R: $p \leq 0,1\%$). Insgesamt haben die untersuchten Männer seltener Kinder als die Frauen. Obwohl sich dieser Unterschied statistisch nicht erhärten läßt, stimmt er mit DERBOLOWSKYS Beobachtung (persönliche Mitteilung) überein, daß Männer bei stärkerer Neurotisierung zunehmend Angst haben, eigene Kinder in die Welt zu setzen, während stärker neurotische Frauen danach trachten, den Wunsch nach Kindern zu realisieren.

Zur Zeit der Befunderhebung lebten 46% (E) (R: 45%) mit einem Partner zusammen. Die Frauen des Rasemühler Untersuchungsmaterials lebten durchschnittlich seltener ohne Partner, nämlich 27%, während 77% der Männer allein standen. Dieser Unterschied ist statistisch auffällig bei den Asthmatikern (R: $p \leq 5\%$) und den Magenkranken (R: $p \leq 5\%$), signifikant bei den Patienten mit Atemfunktionsstörungen (R: $p \leq 1\%$) und hochsignifikant in der Vergleichsgruppe (R: $p \leq 0,1\%$). Dieses Ergebnis legt den Schluß nahe, daß neurotisierte Männer zu häufigerem Partnerwechsel neigen, wohingegen neurotisierte Frauen stärker an einen bestimmten Partner gebunden sind,

mit Ausnahme der magenkranken Patientinnen, die auffällig häufiger ledig sind als die Frauen mit Atemfunktionsstörungen ($R: p \leq 5$). Alle Frauen sind häufiger verheiratet bzw. verheiratet gewesen als die Männer derselben Krankheitsgruppe (Asthmatiker: $R: p \leq 5$; Patienten mit Atemfunktionsstörungen: $R: p \leq 5$; Vergleichsgruppe: $R: p \leq 0,1\%$). Geschieden waren in Rasemühle nur 2% der Patienten, in Eppendorf 5%. Kein Rasemühler Asthmatiker war geschieden, was im Einklang steht mit IRNELLS Beobachtung, daß Ehescheidungen bei Asthmatikern seltener sind als in der Durchschnittsbevölkerung. Das Eppendorfer Material stützt dagegen diesen Befund nicht: Die Asthmatiker sind ebenso häufig geschieden wie die übrigen Patienten, nämlich 5%.

Die Auswertung der Religionszugehörigkeit gibt folgendes, in Tabelle Nr. 5 veranschaulichtes Bild:

Tab. Nr. 5: Religionszugehörigkeit der Patientengruppen

	Eppendorf	Rasemühle
evangelisch	84%	76%
katholisch	8%	16%
religionslos	7%	6%
nicht-christlichen Religionen angehörend	1%	2%

Konvertiert waren weniger als 1% der Patienten. In Rasemühle sind die Frauen mit Atemfunktionsstörungen häufiger

religionslos als die Männer mit Atemfunktionsstörungen (R: $p \leq 5\%$) und häufiger als die magenkranken Frauen (R: $p \leq 1\%$). Sie gehören häufiger nicht-christlichen Religionen an als die entsprechenden Männer (R: $p \leq 5\%$) und die Magenpatientinnen (R: $p \leq 1\%$). Die Frauen der Vergleichsgruppe gehören häufiger nicht-christlichen Religionen an als die korrespondierenden Männer (R: $p \leq 5\%$), die Asthmatikerinnen häufiger als die Magenpatientinnen (R: $p \leq 5\%$). Die Religionszugehörigkeit wird hierbei nicht als Ausdruck persönlicher Religiosität verstanden, sondern als Merkmal des frühkindlichen Milieus. Die Frage, ob das Merkmal einer bestimmten Religionszugehörigkeit bei der Kindererziehung zu einem ätiologischen Faktor werden kann, ist naheliegend. Ein Beispiel dafür ist der bekannte Unterschied in der Berufsverteilung, daß Menschen, die katholisch erzogen worden sind, öfter zu konservativen Berufen neigen wie z.B. Arzt, Studienrat, während "moderne Berufe" wie Journalist, Operator öfter aus evangelischen Elternhäusern kommen. (Mikrozensus).

Bei der Auswertung der beruflichen Situation der Patienten waren ohne Beruf E: 22%, 16% Männer, 26% Frauen.

R: 6% bei Männern und Frauen gleich. 8% aller Eppendorfer Patienten (R: 1%) sind akademisch gebildet. 41% der (E) Patienten mit einem Beruf verrichten körperliche Arbeit (R: 36%) und 38% (E) geistige Arbeit (R: 61%).

Eigene Verantwortung tragen 18% der Eppendorfer Kranken

in ihrem Beruf (R: 4%).

Zur Berufsgruppe der Handwerker, Facharbeiter und Kaufleute gehören 52% der Eppendorfer und 12% der Rasmühlener Patienten. In diesen Berufsgruppen beobachteten DOLL et al. am häufigsten Ulcus duodeni. JORES et al. (1967) fanden Asthmatiker am häufigsten in technischen Berufen und als Beamte. Noch in Berufsausbildung stehen 16% der Eppendorfer Patienten (R: 1%). Die Berufsausbildung war bei 56% der Eppendorfer Patienten geradlinig (R: 59%), 19% hatten eine schwierigen Berufsverlauf hinter sich (R: 24%) bzw. stehen noch in einer schwierig verlaufenden Berufsausbildung. Bei den restlichen Patienten fehlen die Angaben. Die gegenwärtige berufliche Situation der Eppendorfer Patienten ist so, daß 50% keine Arbeitsstelle haben (R: 25%) und zwar sind 54% der Männer (R: 27%) und 46% der Frauen (R: 21%) arbeitslos. Dabei finden sich signifikante Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Asthmatikern ($E: p \leq 0,1\%$) sowie zwischen den Männern und Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 0,1\%$), und zwar haben die Frauen signifikant häufiger eine Arbeitsstelle und die Männer sind signifikant häufiger arbeitslos. Bei den Magenkranken ist dieser Unterschied statistisch nicht nachweisbar. Die Zahlen aber lassen dieselbe Tendenz erkennen. Dagegen sind die Frauen mit Atemfunktionsstörungen häufiger ohne Arbeitsstelle im Unterschied zu den entsprechenden Männern ($R: p \leq 5\%$) und den Asthmatikerinnen ($R: p \leq 5\%$). Offenbar besitzt die Arbeits-

losigkeit für den Mann eine schwerwiegende ätiologische Bedeutung, während bei der Frau das Hinzukommen weiterer beruflicher Belastungen zu ihren Berufen als Hausfrau und Mutter von erheblicher ätiologischer Bedeutung zu sein scheint. Beide Situationen scheinen für die jeweilige Geschlechtsrolle spezifisch und sehr belastend zu sein. Die Flucht in die Krankheit wird durch sie begünstigt. Die Arbeitslosigkeit des männlichen Asthmikers könnte mitverursacht sein durch seine von GROEN, BASTIAANS et al. und VAN DER VALK beobachteten spezifischen Verhaltensstörungen, nämlich seine bemerkenswerten Egozentrizität, die Neigung zu Ungeduld und impulsivem Verhalten, zum Dominieren und zur Tyrannei innerhalb der Familie, die verminderte Fähigkeit zur Anpassung an unglückliche Lebensumstände, seine bemerkenswerten narzißtische Verletzlichkeit und emotionale Überempfindlichkeit, das große Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung von außen, das verborgen ist hinter pseudoindifferentem oder aggressivem Verhalten, durch seinen Eigensinn, der leicht zu Konflikten mit Autoritätspersonen führt, denen gegenüber er sich ambivalent verhält mit der Neigung, unter Protest gegen bessere Einsicht zu handeln, durch Eifersucht und Rivalität, kurzum diese Patienten machen sich und anderen im sozialen Verhalten und im Kontakt das Leben oft schwer. Auch die gestörte psychosexuelle Entwicklung mit später Reifung und Schwierigkeiten in der Lösung inter-

personeller Konflikte sei erwähnt. JORES (1966) hat die Asthmatiker als perfektionistisch beschrieben. Sorgfältige und tadellose Arbeit sei für sie von größter Wichtigkeit. "Daß die Arbeit mit penibler, auch wieder direkt zwangsneurotischer Sauberkeit und Ordentlichkeit durchgeführt wird, ist wohl selbstverständlich. Bei diesen natürlich oft überhöhten Forderungen, die die Asthmatiker in Bezug auf die Leistung an sich selbst stellen, ereignet es sich natürlich, daß sie diesen Forderungen nicht genügen".

Auch für den Ulcus-Kranken mit seinem Ehrgeiz und seiner Überaktivität (ALVAREZ, CUSHING) ist es einleuchtend, daß Arbeitslosigkeit ein krankmachendes Problem sein kann.

Zwischen den hier untersuchten Patientengruppen konnten hinsichtlich der beruflichen Situation noch folgende Hypothesen gewonnen werden: männliche Asthmatiker sind häufiger ohne Beruf als die Männer der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Die Männer der Vergleichsgruppe sind häufiger akademisch gebildet als die Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$), wie es dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht. Hierzu ist zu sagen, daß manche der in dieser Arbeit zwischen Männern und Frauen nachgewiesenen Unterschiede dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechen, so daß manchmal gerade dort ein pathologischer Befund vermutet werden kann, wo keine Unterschiede angetroffen werden. Im Rasemühler Material findet sich das Gegen-

teil: Nur 1% der Patienten ist akademisch gebildet, und zwar sind dies 7 Frauen aus der Vergleichsgruppe, im Unterschied zu den Männern der Vergleichsgruppe ($R: p \leq 0,1\%$). Diesen Gegensatz erklärt die verschiedene Zusammensetzung der Untersuchungskollektive. Die Rasemühler Patienten waren ausschließlich Mitglieder von Angestelltenversicherungen und die wenigen Frauen, die in der damaligen Zeit angestelltenversichert waren, waren wohl meist akademisch gebildet.

Die Asthmatikerinnen arbeiten häufiger eigenverantwortlich in ihrem Beruf als die Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$), die ihrerseits häufiger in eigener Verantwortung tätig sind als die Männer der Vergleichsgruppe ($R: p \leq 0,1\%$). Frauen mit Atemfunktionsstörungen gehören häufiger der Berufsgruppe der Handwerker, Facharbeiter und Kaufleute an als die Asthmatikerinnen ($E: p \leq 5\%$) und die Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Im Rasemühler Material sind die Frauen der Vergleichsgruppe häufiger Facharbeiter als die entsprechenden Männer, die mehr handwerklichen Berufen angehören ($R: p \leq 0,1\%$). Die Asthmatikerinnen aus Eppendorf stehen häufiger noch in Berufsausbildung als die Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$). Bei einseitiger Fragestellung läßt sich dieser Unterschied auch im Rasemühler Patientengut nachweisen ($R: p \leq 5\%$). Die Erklärung hierfür liegt in der Altersverteilung: die Asthmatikerinnen sind jünger als die Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$). Die Frauen

der Eppendorfer Vergleichsgruppe stehen seltener in Berufsausbildung als die korrespondierenden Männer (E: $p \leq 1\%$), was wahrscheinlich dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht.

In Rasemühle hatten die magenkranken Männer seltener eine geradlinige Berufsausbildung als die Männer mit Atemfunktionsstörungen (R: $p \leq 5\%$). Die Asthmatikerinnen hatten auffällig häufiger einen schwierigen Berufsverlauf als die männlichen Asthmatiker (R: $p \leq 5\%$) und die Frauen der Vergleichsgruppe häufiger als die entsprechenden Männer (R: $p \leq 5\%$), welches letzteres bei einseitiger Fragestellung auch im Eppendorfer Material auffällig wird (E: $p \leq 5\%$). Weitere allgemeine Aussagen über die Patienten bezüglich Menarche, erster Pollution, ersten Koitus und Onanieren können der Tabelle Nr. 6 und den Abbildungen Nr. 3 und 6 entnommen werden.

2. Neurosenpsychologische Beschreibung des Patientengutes

Die den Rasemühler und Eppendorfer Erhebungen zugrunde liegenden Hypothesen gehen davon aus, daß jeder Mensch schizoide, depressive, zwanghafte und hysterische Züge besitzt und daß der Neurotiker vom Gesunden in Bezug auf diese Strukturelemente nicht qualitativ, sondern quantitativ unterschieden ist.

Ein Mensch mit schizoiden Zügen sieht die Welt wie ein Kurzsichtiger. In seiner Nähe kann er alles recht gut objektivieren, aber im Großen und Ganzen haftet für ihn aller Welt das Merkmal der Unvertrautheit und des Beängstigenden an, so daß die Ausfächerung emotionaler Kontakte und die Entwicklung vertrauten Umgangs unterbleibt. Schizoide Strukturelemente ergeben sich aus Störungen im Bereich der Abgrenzung zwischen Ich und Nicht-Ich. Die angstfreie Anmutbarkeit eines Menschen durch innere und äußere Vorgänge und damit zugleich die Fähigkeit, sich in die Position eines Gegenüberseienden zu bringen, ist bei ihm herabgesetzt. 7% aller Kranken aus Eppendorf und 8% aus Rasemühle besitzen stark hervortretende schizoide Züge. Bei weiteren 85% der Eppendorfer Patienten fallen schwach ausgeprägte schizoide Züge auf. Bei den restlichen 8% der Fälle wurden, wenngleich der Ausgangshypothese nach stets vorhanden, die schizoiden Züge nicht eruiert, vermutlich weil in der zur Anamnese-Erhebung bereit-

stehenden Zeit der Nachweis unerheblicher schizoider Strukturelemente schwierig war, sofern sie sich nicht spontan aufdrängten. Im Rasemühler Material ist der Maßstab für "erhebliches" Hervortreten von Strukturelementen offensichtlich strenger. Das folgt daraus, daß die Verschlüsselung des Rasemühler Materials nachträglich vorgenommen worden ist. Neurosenstrukturelemente sind daher nur dann erfaßt worden, wenn ihre pathogene Bedeutung unmittelbar hervorgetreten ist. Gestützt auf diese Erfahrungen ist für das Eppendorfer Material im Erhebungsbogen bereits eine größere Differenzierung vorgesehen worden. Der Untersucher hat deshalb in jedem einzelnen Fall während der Anamnese-Erhebung vor der Aufgabe gestanden, nach diesen Strukturelementen zu fahnden, auch dann, wenn sie sich nicht unmittelbar zu erkennen gaben.

Bei den depressiven Strukturelementen, wird davon ausgegangen, daß sie die Gefühlsbeziehung der Patienten zur Welt verändern. Die Kontakte zur Welt werden bei der traurigen Bedrücktheit haftender, bei der hyperthymen Ausgelassenheit flüchtiger. Die Grenzen zwischen Mein und Dein verschwimmen zugunsten eines sich frustriert erlebenden Mein. Wünsche, die sich auf das Ergreifen, das Haben-Wollen, das Behalten, das Verzichten oder Hergeben beziehen, gewinnen nicht die Gestalt exakter Phantasien, sondern bleiben maßlos. Depressive Strukturelemente entstehen insbesondere aus Störungen, die eine Ökonomisierung des Austausches zwischen Ich

und Du verhindern. Ein Patient mit überwiegend depressiver Strukturiertheit entspricht der von KRETSCHMER gegebenen Charakterisierung des Pyknikers. Die Eruierung depressiver Strukturelemente ist offenbar einfacher als die der schizoiden. Sie ist im vorliegenden Material in 99,7% gelungen und bei nur einem Patienten mit Atemfunktionsstörungen unterblieben. Auch BECKMANN et al. (1972) fanden, daß alle Neurotiker in der Regel depressiv verstimmt sind. Bei 75% ist das Merkmal stark ausgeprägt. Im Rasemühler Krankengut wurden keine charakterologischen Züge registriert, sondern nur pathologische Strukturelemente, die quantitativ vom Gesunden abweichen. In 46% der Fälle wurden depressive Züge aufgezeichnet. Depressive Züge gehören, von BECKMANN et al. (1972) mit dem Gießener Test gesichert, zum weiblichen Geschlecht als ob sie ein psychisches Geschlechtsmerkmal wären. Demnach erwarten wir signifikante Unterschiede zwischen den Männer- und Frauengruppen. Wir finden aber nur folgendes: Männer mit Magenleiden hatten häufiger depressive Züge als magenkranken Frauen ($R: p \leq 5\%$), häufiger als Männer mit Atemfunktionsstörungen ($R: p \leq 0,1\%$) und häufiger als die Männer der Vergleichsgruppe ($R: p \leq 1\%$). Das stimmt mit den Beobachtungen von WOLF et al. überein, daß depressive Zustände besonders auf den Magen wirken. Sie rufen dort eine Hyperämie, Hypersekretion und Hypermotilität hervor, erniedrigen die Schmerzschwelle und erhöhen die Verletzbarkeit der Mukosa. Auch BECKMANN et al. (1972) fanden, daß Ulcusträger

hinsichtlich der Depressivität hochsignifikant von der männlichen Vergleichsgruppe der Normstichprobe abweichen.

Die männlichen Asthmatiker besitzen häufiger depressive Strukturelemente als die Männer mit Atemfunktionsstörungen ($R: p \leq 5\%$). Interessanterweise erkrankten sie seltener als die Männer der Vergleichsgruppe an depressiven Verstimmungen ($E: p \leq 0,1\%$). Das könnte im Sinne des Krankheitswandels (CREMERIUS 1968, 1971 a und b, STOVKIS, SPIEGELBERG 1965, VARTIO) dafür sprechen, daß bei Patienten mit depressiver Neurosenstruktur Asthma als Ersatz für depressive Verstimmungen produziert wird. KNAPP et al. (1960) nehmen an, daß depressive Verstimmungen bei Asthmatikern Asthma-Anfälle auslösen.

Von Zwangszügen wird hier gesprochen, wenn sich die zur Ich-Du-Beziehung des Menschen gehörenden motorischen Aktionen, die Bewegungen des Denkens und Phantasierens darin eingeschlossen, nicht ausreichend im Feld der Ich-Du-Beziehung unserer gemeinsamen Wirklichkeit äußern können, sondern wenn wir sie stattdessen im inneren Lebensraum des Patienten verselbständigt als stabilitätsverhärtende Verhaltensweisen und Systembildner wie Marotten und Pedanterien antreffen. Sie gehen aus Hemmungen zielgerichteter Aggressivität hervor. Die Entfaltung von unbekümmerter Motorik, von Lautsein und dergleichen ist vor allen Dingen dort gehemmt, wo ihre Ich-Du-Bezogenheit deutlich ist. Dadurch wird das Auftreten von ich-freier

Motorik und Selbstzweckhandlungen begünstigt; Handlungen müssen beispielsweise ausgeführt werden allein um irgendwelchen Ordnungsvorstellungen zu genügen. Manchmal dienen diese Selbstzweckhandlungen der Abwehr von etwa auftauchender ichbezogener und zielgerichteter Motorik. Der Ausgangshypothese entsprechend wurden sie bei 98% der Eppendorfer Patienten registriert, bei 19% (R: 7%) sind zwanghafte Züge erheblich. Unter den männlichen Asthmatikern finden sich auffällig weniger Männer mit Zwangszügen als in der Vergleichsgruppe (E: $p \leq 5\%$).

Das könnte einen Grund in sehr frühzeitigen Schädigungen der Asthmatiker haben. Die frühkindlichen Einengungen könnten zu einem Zeitpunkt erfolgt sein, der lange vor der Entstehung von Zwangsstrukturen liegt. Die im psychogenen Asthma bronchiale im Bronchiolenbereich wirkenden starken motorischen Elemente von spastisch autoaggressivem Charakter machen es naheliegend, daß hier Motorik anachronistisch und anatopistisch im leiblichen Bereich ausgetobt wird, so daß es zu der erst später erfolgenden Ausprägung von Zwangszügen gar nicht mehr kommen kann. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Beobachtungen von SCHWIDDER (1956), REES und DÜHRSEN, die auf zwangsneurotische Züge bei Asthmatikern und Patienten mit Atemfunktionsstörungen, bedingt durch ihre hohen Ideale und das sehr starke Über-Ich, hinweisen. Auch JORES et al. (1967) fanden bei Asthmatikern signifikant häufiger

Zwangszüge als im Durchschnitt. Die Frauen der Vergleichsgruppe sind häufiger zwangsstrukturiert als die korrespondierenden Männer (E: $p \leq 5\%$; R: $p \leq 1\%$).

Hier erhebt sich die Frage, ob Mädchen im Gefolge patriarchalistischer Erziehung stärker aggressiv gehemmt werden als Knaben und dadurch mehr zwanghafte Züge entwickeln.

Unter hysterischen Zügen werden hier erworbene Koordinationsstörungen verstanden. Viele im einzelnen klar erfasste Fakten können nicht in ein gemeinsames, diese Fakten aufeinander beziehendes Weltbild eingeordnet werden. Ein Mensch mit überwiegend hysterischen Zügen sieht die Welt wie jemand, der durch ein Schlüsselloch blickt. Als Vergleich bietet sich der ophthalmologische Begriff des Schlüssellochsehens bei der Dystrophia retinae pigmentosa an, der dann benutzt wird, wenn bei totaler Pigmenteinwanderung in die Netzhaut ein zentraler röhrenförmiger Rest des Gesichtsfeldes intakt geblieben ist. Das, worauf der Blick sich heftet, wird jeweils erkannt, aber die einzelnen Bilder, die bei verschiedenen Blickrichtungen gewonnen werden, können nicht zueinander in Beziehung gebracht werden. Ein Mensch mit überwiegend hysterischen Zügen kombiniert viele an sich zutreffende Beobachtungen, Gefühle, Erlebnisse, Bedürfnisse in einer Weise, daß ihre oft peinliche Beziehungslosigkeit als ein ständiges "Aus-dem-Rahmen-Fallen" beschrieben werden kann.

Bei 99,7% der Eppendorfer Patienten wurden, der Hypothese entsprechend, hysterische Züge registriert, bei 61% von ihnen (R: 52%) sind sie quantitativ erheblich. Die Eppendorfer Frauen der Vergleichsgruppe haben häufiger stark ausgeprägte hysterische Züge als die Männer der Vergleichsgruppe (E: $p \leq 0,1\%$). Im Rasemühler Untersuchungsgut sind umgekehrt die Männer der Vergleichsgruppe häufiger hysterisch als die entsprechenden Frauen (R: $p \leq 0,1\%$).

Die Eppendorfer Patienten entstammen einer ambulanten interkurrenten Untersuchung, die Kranken in Rasemühle dagegen sind auf eigenen Antrag zu einem Heilverfahren eingewiesen worden. Das Ergebnis läßt vermuten, daß hysterische Strukturelemente häufiger dazu führen, eine Verschickung in Heilverfahren zu beantragen. Die betreffenden Männer scheinen sich mehr als andere für erholungs- und pflegebedürftig zu halten.

Die Frauen mit Atemfunktionsstörungen haben häufiger stark ausgeprägte hysterische Züge als die korrespondierenden Männer (E: $p \leq 5\%$). Auch bei den Asthmatikern zeigen die Zahlen diesen Unterschied, während es bei den Magenpatienten in Eppendorf umgekehrt ist. Hier sind es die Männer, die öfter quantitativ relevante hysterische Züge tragen als die Frauen.

Das subjektive Erleben des Patienten im Zusammenhang mit der gegenwärtig geklagten Symptomatik, seine Stim-

mungen, Ängste und Sensationen wurden im Eppendorfer Krankengut aufgezeichnet. Im Gefühlsbereich fühlen sich 24% der Patienten verstimmt, 23% traurig und 1% hyperthym. Männliche Asthmatiker sind seltener verstimmt als die Männer der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 0,1\%$). Das Asthma tritt offenbar, wie oben schon erwähnt, an die Stelle der depressiven Verstimmung. Bei 13% aller Eppendorfer Patienten steht ohne Unterschied zwischen den männlichen und weiblichen Patientengruppen Angst im Vordergrund, obwohl BECKMANN et al. (1972 mit dem Giessener Test bestätigt), auch die Ängstlichkeit zu den klassischen Rollenstereotypen des weiblichen Geschlechts zählen. 18% der Patienten geben allgemeine Nervosität und 15% ein Isolationsgefühl als dominierend an. Alle drei Phänomene als Störungen des subjektiven Erlebens zusammengefaßt treten bei etwa $1/3$ der Patienten auf.

Die magenkranken Männer klagen alle über ein Gefühl der Isolation, worin sie sich von den Asthmatikern ($E: p \leq 1\%$), den Männern der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$) und auch den weiblichen Magenpatienten ($E: p \leq 5\%$) unterscheiden. Weibliche Asthmatiker klagen seltener über Angst als die Frauen mit Atemfunktionsstörungen ($E: p = 1\%$) und leiden seltener an allgemeiner Nervosität als magenkranken Frauen ($E: p = 5\%$).

Über die Angst der Asthmatiker wird in der Literatur unter verschiedenen Aspekten berichtet. WITTKOWER et al. , SCHWÖBEL und BRÄUTIGAM (1955) behaupten, daß die

Angst im Leben des Asthmatikers eine große Rolle spielt. JORES et al. und VON KERÉKJÁRTÓ (1967) fanden dagegen keinen Anhaltspunkt dafür. SCHWÖBEL und ROSS et al. heben die Angst der Asthmatiker als Angst vor einer Störung in der Liebesbeziehung, insbesondere einer Beeinträchtigung des Verhältnisses zur Mutter, hervor. KNAPP et al. (1957) berichten, daß ein Asthma-Anfall allein dadurch ausgelöst werden kann, daß der Patient den Anfall fürchtet und sich in Angst hineinsteigert. JORES(1962) stellt heraus, daß Asthmatiker Angst vor sich selbst haben. In diesem Zusammenhang spricht SCHWÖBEL von profunder Existenzangst. G. und U. DERBOWSKY beschreiben die Angst wenn auch nicht als Leitsymptom, so doch als typisch für alle Neurotiker. In Übereinstimmung mit dem Retardationsbegriff von KRETSCHMER erläutern sie, daß im Strome der Entwicklungen etwas zurückgeblieben ist, ohne seine vielfältigen Verbindungen zu all dem ändern, was nun vorausseilt, aufzugeben. In der Mitte dieser "Einziehungen" (Retardationen) ist Angst als spezifische Unvertrautheit anzutreffen, welche auf allem Gehemmten lastet und so in einer ständigen Allianz mit Schuldgefühlen als Hauptgegner aller therapeutischen Bemühungen wirkt.

Bei 22% der (E) Patienten ist die Empfindung gestört und zwar leiden 11% unter Schmerzen, 1% unter Pruritus und 10% unter sonstigen unangenehmen Empfindungen wie z.B. Kloßgefühl im Hals usw. Bei keinem einzigen männlichen Asthmatiker ist die Empfindung gestört, worin sie sich

von den Magenkranken ($E: p \leq 0,1\%$) und den Männern der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 0,1\%$) unterscheiden. Auch bei den weiblichen Asthmatikern ist die Empfindung signifikant seltener gestört als bei allen anderen Patientinnengruppen (alle: $E: p \leq 1\%$). Insbesondere klagen sie seltener über Schmerzen als die Magenpatientinnen ($E: p \leq 1\%$) und die Frauen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$). Frauen mit Atemfunktionsstörungen leiden häufiger unter sonstigen unangenehmen Empfindungen als alle anderen Frauen (Asthma: $E: p \leq 1\%$; Magen: $E: p \leq 5\%$; Vergleichsgruppe: $E: p \leq 5\%$), ebenso die Asthmatiker seltener als die Magenkranken ($E: p \leq 1\%$) und die Männer der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$).

Das Asthma bronchiale scheint die Persönlichkeit des Erkrankten weitaus stärker in Anspruch zu nehmen als andere Symptome. Asthma bronchiale hat quoad vitam und mit Bezug auf das Bewußtsein ein wesentlich größeres Gewicht als die anderen hier untersuchten Krankheiten. Bei Männern treten depressive Verstimmungen, bei Frauen Ängste und Nervosität, bei beiden Geschlechtern sonstige körperliche Mißempfindungen weit in den Hintergrund; die Kranken sind mit der Asthma-bronchiale- Symptomatik stärker beansprucht. Demgegenüber haben die Patienten mit Atemfunktionsstörungen einen mehr hysterisch strukturierten Charakter.

Um den drei Antriebskategorien Besitzstreben, Geltungsstreben

und Liebesstreben und den vier Elementen der Neurosenstrukturen nicht eine Unzahl von Beschwerden, Symptomen und Erkrankungen gegenüberstellen zu müssen, deren statistische Zuordnung erhebliche Schwierigkeiten bereitet, sind beim Bau des Sachverhaltsschlüssels zwei Möglichkeiten vorgesehen worden, die Fülle der Erscheinungen (Beschwerden, Symptome, Krankheiten) in wenige Kategorien zusammenzufassen. Die eine dieser Kategoriebildungen hat im Diagnoseschlüssel Gestalt gefunden, in dem in der Hunderterstelle insbesondere unterschieden wird, ob die dargebotenen Erscheinungen ihren Sitz in Organsystemen haben, die überwiegend entodermal, mesodermal oder ektodermal bestimmt sind. Die eingangs erörterten Hypothesen legen es nahe, einen Zusammenhang zwischen gestörtem Besitzstreben und entodermaler Lokalisation, gestörtem Bewegungsstreben und mesodermaler Lokalisation, gestörtem Liebesstreben und ektodermaler Lokalisation zu überprüfen.

Die andere dieser Kategoriebildungen wird im Erhebungsbogen unter dem Stichwort "Ausdruckswert der Symptomatik" angetroffen. Hierunter ist zu verstehen, daß der Untersucher die Möglichkeit hat, alle dargebotenen Symptome daraufhin zu beurteilen, ob in ihnen

1. Ein - und Ausfuhr vermehrt oder vermindert wird.

Die analytisch-psychotherapeutischen Begriffe, die sich damit verbinden, sind "oral" und "anal", "kaptativ" und "retentiv". Sie sind im Sachverhaltsschlüssel als "zentripetal" und "zentrifugal" und dabei jeweils als "öffnend" und "schließend" aufgeführt.

2. eine motorische Aktion erfolgt.

Die korrespondierenden analytisch-psychotherapeutischen Begriffe sind "aggressiv", "sadistisch", "masochistisch", teilweise auch "retentiv" und "kaptativ".

3. eine Änderung der Beziehung zur Umwelt zum Ausdruck kommt. Die hier angesprochenen analytisch-psychotherapeutischen Begriffe sind "sexuelle Tendenz", "Hingabe", "Objektbeziehung", "Libido" usw.

Mit folgendem Beispiel wird anschaulich gemacht, was unter dem Ausdruckswert einer Symptomatik zu verstehen ist.

Im Jahre 1949, in der Zeit der Wohnraumnot und Bewirtung bekommt eine 29jährige Frau, die noch bei ihren Eltern lebt, von ihrem Ehemann die Nachricht, daß er bei der Wohnungssuche Erfolg gehabt hat. Die Frau ist gehemmt. Sie kann keine Bitten abschlagen, obwohl sie ihrer Natur nach dazu befähigt wäre. Der Konflikt wird dadurch zugespitzt, daß die neue Wohnung wieder verloren geht, wenn sie nicht sofort bezogen wird. Am Morgen desselben Tages hatte der Vater der Patientin einen leichten Schlaganfall erlitten. Die Mutter bittet die Frau, unter diesen Umständen auf keinen Fall auszuziehen, sondern lieber die neue Wohnung preiszugeben. Der "retentive" Konflikt ist da. Jetzt müßte die Patientin "nein" sagen, sich von den Eltern absetzen und die neue Wohnung beziehen. Das kann sie

wegen der Gehemmtheit nicht. Sie entschließt sich, bei den Eltern wohnen zu bleiben. Wenige Stunden danach erkrankt sie erstmalig mit schwerem akuten Bronchial-Asthma, Krankenhausaufnahme wird erforderlich.

In diesem Beispiel ist eine Frau mit spezifisch prae-morbider Störung, nämlich einer retentiven Gehemmtheit, in eine spezifische Versuchungssituation geraten, in der sie unter großem inneren und äußeren Druck die dringliche Bitte ihrer Eltern hätte abschlagen wollen und sollen, wenn sie keine schwere Einbuße erleiden wollte. Aber gerade dieses Spezifikum konnte sie nicht leisten. Die spezifische Versuchungssituation wurde damit gleichzeitig zu einer spezifischen Versagenssituation; nach einer Inkubationszeit von wenigen Stunden erkrankte sie mit einer Symptomatik, die zentrifugales Schließen, spastische Muskelaktionen in den Bronchiolen sowie Minderung der Beziehung zu ihrer Umwelt zum Ausdruck bringt: an Asthma bronchiale. Verbrauchte Atemluft wird durch Verkrampfung der Bronchiolen zurückgehalten. Die Erkrankung ist in den Atmungsorganen und damit überwiegend entodermal lokalisiert.

Die zu untersuchende These besagt, daß die leiblichen symptomatischen Regulationsänderungen des Patienten das Gleiche zum Ausdruck bringen, was er gesunderweise im Rahmen der Ich-Du-Beziehungen in der gemeinsamen Realität hätte zum Ausdruck bringen sollen.

War die Provokation von der Art, etwas herzuschenken und hätte es der ursprünglichen Befähigung des nun nicht mehr gesunden, sondern auf diesem Gebiet erheblich gehemmten Patienten entsprochen, die Bitte nicht zu erfüllen, sondern abzuschlagen und das Erbetene nicht herzugeben, sondern zurückzubehalten, dann ergibt sich entsprechend der These folgende Unterstellung:

Der Patient kann sich wegen seiner erworbenen Gehemmt-heit auf der Ich-Du-Ebene der gemeinsamen Wirklichkeit nicht altersgemäß und nicht situationsgerecht zentrifugal schließend verhalten. Er gibt - womöglich sogar bedenkenlos - zuviel her und wirkt infolgedessen besonders gefällig und gütig. Gleichzeitig aber vollzieht er in seinem Leibe anatopistische und anachronistische Regulationsänderungen, die einen zentrifugal schließenden Ausdruck offenbaren.

Die Untersucher haben sich bei allen von den Patienten dargebotenen Symptomen Gedanken über den Ausdrucks-wert der Symptomatik machen müssen. Wenn jemand Geschenke bekommt, die er nicht haben will, oder Antworten erhält, nach denen er nicht gefragt hat, oder bevormundet wird, wo er lieber Selbständigkeit will, wenn jemand zu was auch immer genötigt wird, wozu er keine Lust hat, dann braucht er, um ein solches Eindringen in seinen Lebens-raum zu verhindern, die Fähigkeit, sich ablehnend, d.h. zentripetal schließend zu verhalten. Hier hat das Nein-sagen die Bedeutung von "Ich will es nicht haben".

Bei zentrifugal schließendem Verhalten hat das Neinsagen die Bedeutung von "Ich will es nicht geben, ich will es nicht leisten".

Alle Symptome, die das Hereinlassen von Substanzen oder Informationen behindern, haben infolgedessen zentripetal schließenden Ausdruckswert.

In den hier bearbeiteten Krankheitsgruppen war wegen der geringen Fallzahlen eine statistische Auswertung des Ausdruckswertes der Symptomatik in Abhängigkeit von der auslösenden Situation und der Neurosenstruktur des einzelnen Patienten nicht möglich.

Auch konnten wir deshalb die Hypothese einer für jede Krankheitsgruppe charakteristischen prämorbidem Struktur nicht überprüfen, die aber bereits 1960 von USTVEDT abgelehnt wurde.

Bei 83% der Kranken hat der Ausdruckswert der Symptomatik eine orale Bedeutung, ohne Unterschied zwischen den ausgewerteten Krankheitsgruppen. Bei 26% der Patienten hatte sie einen zentripetal öffnenden, begehrenden, kaptativen Ausdruck wie z.B. bei Heißhunger, Verdauungssaftvermehrung, Fettsucht, Nymphomanie, einigen Ticks (z.B. Augenaufreißen), Aerophagie, synkopalen Anfällen oder Hyperthyreose.

Als zentripetal schließend, ablehnend wurde der Ausdruckswert bei 37% aller Patienten beurteilt, z.B. bei Anorexie, Verdauungssaftverminderung, Magersucht, Vaginismus, einigen Ticks (z.B. mimisches Zukneifen), Akrozyanose, venösen oder lymphatischen Stauungen, Negativismus, Objektverlust, Seh- oder Hörstörungen.

20% der Patienten hatte sowohl Symptome mit zentripetal öffnendem als auch Symptome mit zentripetal schließendem Ausdruckswert gleichzeitig.

Anale Bedeutung der Symptomatik wurde bei 89% der Patienten festgestellt. Bei 15% hatte sie zentrifugal öffnenden, verausgabenden Charakter wie bei Durchfall, Flatulenz, Enkopresis, Enuresis, Exkretionsvermehrung, Ejaculatio praecox, Polyurie, Aerophagie, Erröten, Husten, Erbrechen.

Bei den männlichen und weiblichen Asthmatikern findet sich kein einziger Patient mit zentrifugal öffnendem Ausdruckswert der Symptomatik, worin sich die männlichen Asthmatiker von den magenkranken Männern ($E: p \leq 1\%$) und denen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 0,1\%$) und die weiblichen Asthmatiker von den Frauen mit Atemfunktionsstörungen ($E: p \leq 1\%$) und denen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$) unterscheiden. Zentrifugal schließender, retentiver Ausdruckswert wurde bei 63% der Patienten beobachtet, z.B. Gedächtnisschwäche, Asthma, Obstipation, Dysmenorrhoe, Pyelitis, Coronarinsuffizienz, Ejaculatio retardata, Impotenz, Steinkoliken, Durchblutungsverminderung, Blässe, Ohnmachten, Meteorismus. Bei 11% aller Patienten bestanden gleichzeitig Symptome mit öffnendem und schließendem Ausdruckswert.

Wie bereits dargelegt, hatten die Untersucher in Eppendorf auch den motorischen Ausdruckswert in den Symptomen zu beurteilen und insbesondere zwischen aggressivem, passivem und defensivem Ausdruckswert der motorischen

Phänomene zu unterscheiden.

Bei 63% der Patienten ist die in den Symptomen sichtbare Motorik als aggressiv, bei 10% als passiv und bei 2% als defensiv beurteilt worden. Bei den männlichen Asthmatikern ist sie häufiger aggressiv als bei den Männern mit Atemfunktionsstörungen ($E: p \leq 1\%$) und bei den Männern der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$), seltener passiv als bei diesen beiden ($E: p \leq 0,1\%$; $E: p \leq 1\%$) und häufiger defensiv als bei den Männern der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Bei den weiblichen Asthmatikern ist ebenfalls die in den Symptomen zum Ausdruck kommende Motorik häufiger aggressiv als bei den Frauen mit Atemfunktionsstörungen ($E: p \leq 1\%$) und denen der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$) und seltener passiv als bei allen anderen Frauen des Patientengutes (Atemfunktionsstörungen: $E: p \leq 1\%$; Magen: $E: p \leq 0,1\%$; Vergleichsgruppe: $E: p \leq 0,1\%$). Bei den Männern mit Atemfunktionsstörungen ist die Motorik der Symptome auffällig seltener aggressiv als bei den magenkranken Männern ($E: p \leq 5\%$) und, wie oben bereits erwähnt, seltener aggressiv als bei den Asthmatikern ($E: p \leq 1\%$). Das motorische Verhalten der Symptomatik bei den Frauen der Vergleichsgruppe ist seltener defensiv als bei den Männern der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$).

Besser wäre es, zwischen "Vorgehen" (Schub), "Zurückgehen" (Sog) und "Nichtgehen" (Stille) mit den entsprechenden Verhaltensweisen Angriff, Flucht und Totstellen

zu unterscheiden. Bei dieser Unterscheidung steht der Inaktivität die Aktivität mit zwei Polen gegenüber, einem weiblich rezeptiven und einem männlich propulsiven Pol.

Die dritte Form von Ausdruckswert, die die Eppendorfer Untersucher in der Symptomatik ihrer Patienten zu beurteilen hatten, wurde mit dem Begriff "Umweltbeziehung" gekennzeichnet. Eine Symptomatik kann die Umweltbeziehung vermindern, wie z.B. Schwerhörigkeit oder Kurzsichtigkeit oder vermehren wie etwa bei der Hyperergie. Symptome wie Ohnmacht, Enuresis usw. verändern die Beziehung zur Umwelt durch "sich verströmen". Symptome wie Arc de cercle, Priapismus, Nymphomanie, Satyriasis, Pruritus genitalis usw. verändern die Beziehung zur Umwelt vor allem im sexuellen Bereich. Bei 87% aller Eppendorfer Patienten ist die in der Symptomatik ausgedrückte Umweltbeziehung auffallend gestört, und zwar ist sie bei 8% verströmend, bei 2% sexuell und bei 77% vermindert oder vermehrt.

3. Antriebspsychologische Aussagen

Im intentionalen Bereich sind 81% der Eppendorfer Patienten gestört (R: 47%). Intentionale Störungen (SCHULTZ-HENCKE) sind eine Art Resonanzausfall in der Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Umwelt. Offenbar braucht der Mensch inneren Raum, um sich auf etwas richten, um etwas intendieren zu können. Wird der heranwachsende kleine Mensch am Sich-Vertraut-machen mit seiner Umwelt, an der Betätigung aggressiver und destruktiver Funktionen, die notwendig dazu gehören so wie das Zerkleinern, Kauen und Verdauen zum Essen, schwerwiegend behindert, dann bleiben zugehörige innere Räume (Resonanzräume) unerschlossen. Als Folgeerscheinungen sind Lücken im Bereich der grundlegenden Neugier, der Assimilationsfähigkeit, der oral-kaptativen Bedürfnisse festzustellen, ferner Ekelsensationen und Ausfälle in den zärtlichen Beziehungen, vor allem zum eigenen Leib (G. und U. DERBOLOWSKY). Beim Eppendorfer Krankengut wurde versucht, die intentionalen Bereiche aufzuteilen in solche, die sich auf Sensorium und Weltgefühl, auf die reale Wunschwelt und das Besitzgefühl, schließlich auf das Bewegungsgefühl und das Antinomiergefühl beziehen und so genauer zu untersuchen.

Hierbei wurden im Sensorium und Weltgefühl bei 68% der Patienten Störungen ermittelt: 59% wurden als leicht und 9% als schwer gestört beurteilt. Die männlichen Asthmatiker sind signifikant häufiger schwer gestört

als die Männer der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 1\%$), die im Rasemühler Material häufiger im ganzen intentionalen Bereich gestört sind als die Frauen der Vergleichsgruppe ($R: p \leq 0,1\%$).

KNAPP et al. berichten über die Störungen im Persönlichkeitsgefüge der Asthmatiker, ohne daß es möglich ist, einen besonderen Typ zu entdecken. Lediglich zwischen der Schwere des Asthmas und der Schwere der Persönlichkeitsstörung besteht ein Zusammenhang. Auch HERBERT findet keinen spezifischen Persönlichkeitstyp bei Asthmatikern, obwohl Zeichen einer schlechten Anpassung und starker Abhängigkeit deutlich sind. JORES (1966) stellt eine Reihe von psychologischen Besonderheiten fest, die es ihm erlauben, sie eindeutig der Gruppe der Neurotiker zuzurechnen. Dasselbe sagt mit umgekehrtem Vorzeichen STAEHELIN, der bei Wildtieren kein Asthma beobachten konnte.

Während STERN im psychologischen Bereich des Asthmatikers die Spezifität von Merkmalen bezweifelt und LOPEZ IGOR sehr zurückhaltend ist bei seinen Schlußfolgerungen, verteidigt JORES (1966) das Vorhandensein markanter spezifischer Faktoren.

Die reale Wunschwelt, das Besitzgefühl, Wertempfinden und das Organgefühl für das erste Keimblatt und seine Produkte sind bei 81% aller Patienten gestört; bei 22% schwer, bei 59% leicht gestört. Die Männer mit Atem-

funktionsstörungen sind auffällig seltener gestört als alle anderen Männer (alle: $E: p \leq 5\%$). Sie nehmen das Schöne, Wertvolle und Hervorragende bewundernd wahr, beantworten es jedoch mit Störungen der Atemfunktion, wie man beispielsweise sagt: "Das ist ja atemberaubend, da bleibt mir die Luft weg".

Im Bewegungsgefühl und Organgegefühl für das zweite Keimblatt werden bei 67% der Eppendorfer Patienten Störungen registriert, wovon 12% als schwer und 55% als leicht beurteilt werden. Daraus folgt, daß ein hoher Prozentsatz alles Innere und Äußere von vorneherein für statischer hält als es ist. Diese Menschen sind wandlungsunwilliger, modulationsunfähiger, konservativer, fester und weniger fließend.

Das Antinomiegefühl, das soziale Empfinden für sich als einen Teil in einem Ganzen und das Organgegefühl für sich als Geschlechtswesen sind bei 75% der Eppendorfer Kranken als gestört, und zwar bei 57% als leicht, bei 18% als schwer gestört beschrieben worden. Das bedeutet, daß die meisten psychogenen Symptomträger ihren Nächsten nicht, nicht deutlich genug, nicht wirklich genug sehen. Die magenkranken Männer sind hier häufiger schwer gestört als die männlichen Asthmatiker ($E:p \leq 5\%$). Es wird angenommen, daß der Magenmann den Primärkonflikt extrauterin bei der Auseinandersetzung mit einem Du in einer Zeit erleidet, wo noch alles nahrungsbezogen ist, nämlich an der Mutterbrust. Es wird angenommen, daß

in dieser Phase Entfremdungen erfolgen, daß Zeit oder Zuwendung oder Nahrung oder anderes zu knapp ist, und daß solche Frustrationen bei ihm später die typischen Funktionsstörungen hervorrufen.

Beim Asthmatiker ist dagegen zu bedenken, daß die Lungenatmung eine Funktion ist, die erst extrauterin mit der Abnabelung einsetzt. Der Asthmatiker sabotiert mit seinem Symptom die Lungenatmung und bringt damit unter anderem eine grundsätzliche Verneinung der extrauterinen Umwelt zum Ausdruck, gegen die er überempfindlich reagiert (JORES 1966).

Die Fähigkeit zu kaptativem Besitzstreben ist durchschnittlich bei 88% der Eppendorfer Patienten gestört; sie sind nicht imstande, unmittelbar und ohne weiteres eine Bitte auszusprechen. Sie sind durch Peinlichkeitsgefühle und Ängstlichkeit daran gehindert, ihre Wünsche für den Partner klar genug, eindeutig genug, oft genug, eindringlich genug oder vielleicht auch einschmeichelnd genug zu äußern. Der Konditionalis, der die Bitte in eine Frage umwandelt, ist das Äußerste, was ihnen über die Zunge geht: "Hätten Sie wohl die Freundlichkeit, mir das Salz zu reichen?" "Dürfte ich Sie um die Liebenswürdigkeit bitten, mir...?" "Würden Sie bitte das Fenster wieder schließen?"

Die Fähigkeit zu retentivem Besitzstreben ist bei 95% der Eppendorfer Kranken gestört, bei den Frauen der Vergleichsgruppe auffällig häufiger als bei den Männern

der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). "Ich will behalten, was ich habe; will Wünsche anderer abschlagen; will einfach aus Lust Nein sagen" ist diesen Menschen frühzeitig und mit Erfolg adressiert worden, sie sind zum Teilen mit anderen und zur Gütigkeit erzogen worden, die Frauen offensichtlich erfolgreicher als die Männer.

Bei der Rasemühler Erhebung wurde nicht eindeutig zwischen kaptativem und retentivem Besitzstreben unterschieden. Hier wurden noch die FREUDschen Termini "oral" und "anal" verwendet. Dabei ist "oral-aggressiv" weitgehend dem Begriff "kaptativ" gleichzusetzen. Unter "oral-aggressiv" ist das Wünschen, das Haben-Wollen und Begehren, die Fähigkeit, etwas an sich zu nehmen, zu verstehen. Die Bewegung, die man sich dabei vorstellt, ist eine zentripetale. Es handelt sich um einen Sog, um eine Art von Hunger und Durst, was schließlich Suchaktionen auslöst.

Beim analen Bereich handelt es sich um Vorstellungen zentrifugaler Bewegungen. Es geht ums Ausscheiden, Abgeben, Hergeben oder um das Gegenteil, das Zurückbehalten, das Aufheben und Sammeln.

Unter "anal-retentiv" ist zu verstehen, daß jemand zurückhaltend sein kann, daß er sparsam oder geizig, schweigsam oder verschwiegen oder diskret usw. ist. Ein anal-aggressiv gehemmter Mensch kann sich nicht mitteilen, sich nicht offenbaren, sich z.B. auch nicht wissenschaftlich oder künstlerisch produzieren, während der Anal-Aggressive wirksam in das soziale Geschehen mit seinen

Äußerungen eingreift. Die anal-aggressiv gehemmte Frau hält den Mund, sie mischt sich nicht ein und wirkt dadurch folgsamer, als es ihrer Natur entspricht. Ein anal-retentiv gehemmter Mensch kann nicht schweigen, nicht sparen, nicht Eigentum für sich behaupten, sondern er scheint hergabebereiter, freigebiger, spendabler, großzügiger, als er seiner Natur nach ist.

Auf dem Gebiet des Besitzstrebens sind 56% der Rasmühler Patienten gehemmt, wovon bei 5% vorwiegend das oral-aggressive und bei 12% vorwiegend das anale (bei 3% vorwiegend das anal-retentive und bei 6% vorwiegend das anal-aggressive) Besitzstreben gehemmt ist.

Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Asthmastiker sind häufiger anal-retentiv gehemmt als die Patienten mit Magenleiden ($R_{\bar{p}}: p \leq 5\%$; $R_{\bar{\sigma}}: p \leq 5\%$) und die Kranken der Vergleichsgruppe ($R_{\bar{p}}: p \leq 1\%$; $R_{\bar{\sigma}}: p \leq 5\%$).

Auch SCHWIDDER (1956), DÜHRSEN und REES stellten beim Asthma retentive Züge fest, und BRÄUTIGAM (1962) beschreibt, daß der Mensch sich im Asthma-Anfall gegen die Welt verschließt. In der vorliegenden Untersuchung werden diese Befunde als "retentiver Ausdruckswert" des Symptoms beschrieben.

Die Frauen der Vergleichsgruppe sind häufiger anal-aggressiv gehemmt als die entsprechenden Männer ($R: p \leq 0,1\%$). Dies kann mit der verschiedenen Geschlechtererziehung unserer Gesellschaft zusammenhängen. Die magenkranken Männer sind häufiger im Besitzstreben gehemmt als die

magenkranken Frauen ($R: p \leq 5\%$), als die Männer mit Atemfunktionsstörungen ($R: p \leq 5\%$) und die der Vergleichsgruppe ($R: p \leq 1\%$), was in Widerspruch steht zu der Beobachtung von KNAPP (1957) über die "parasitären Aufnahmetendenzen" des Ulcuskranken.

Im Bereich des Geltungsstrebens werden bei 28% der Rasemühler Patienten markante Störungen registriert. Bei der Eppendorfer Untersuchung unterschied man differenzierter: zwischen urethral-männlichem Geltungsstreben (Motorik zentrifugal; aktiv-Aggressiv; Raumfordern, Gelten, Würde, "Austeilen") und urethral-weiblichem Geltungsstreben (Motorik zentripetal; passiv-defensiv; sich behaupten, Selbsteinschätzung, Sicherheit, Gelassenheit, "Einstecken").

Wie zu erwarten, ist das mit dem Stichwort "aggressive Tendenz" charakterisierbare Geltungsstreben bei nahezu allen gehemmt. Die männlich-expansive Seite des Aggressiven, des Schubs, ist stärker betroffen als die weiblich-impansive Seite des Sogs: das urethral-männliche Geltungsstreben wird bei 93% aller Patienten, das urethral-weibliche bei 85% als gestört bezeichnet.

Nach JORES (1966) sind die aggressiven Impulse der Asthmatiker äußerst stark. Sie äußern sich in Redensarten wie: daß sie am liebsten alles in die Luft sprengen möchten, daß alles zerplatzen möge (KRICHHOFF). Bei diesen Asthmatikern beginnt der Anfall meist mit Husten (JORES 1966). "Ich huste Dir etwas!"

VON KERÉKJÁRTÓ fand, daß Asthmatiker sehr viel weniger Extrapunität, d.h. gegen die Außenwelt gerichtete Aggressionen zeigen können als der Durchschnitt, und daß sie dazu neigen, die erzeugten, gespürten und nach JORES (1966) überdurchschnittlich aggressiven Impulse direkt gegen sich zu richten.

Im Sexualstreben werden 4% der Rasemühler Patienten als schwer gestört notiert. Bei der differenzierteren Eppendorfer Untersuchung wurde die Persönlichkeitsentfaltung auf diesem Gebiet auch dann untersucht, wenn grobe Störungen nicht unmittelbar auffielen. Es wurde unterschieden zwischen passiver Zärtlichkeit, passiver Sexualität, zentripetal fein, zentrifugal fein, aktiver Zärtlichkeit und aktiver Sexualität. Nach GROEN, BASTIAANS und VAN DER VALK haben Asthmatiker ein großes Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung von außen, die verborgen ist hinter pseudoindifferentem oder sogar aggressivem Verhalten. Auch JORES (1966) und VON KERÉKJÁRTÓ fanden verborgene Zärtlichkeitswünsche und neben einem ungestörten Liebesleben Störungen im sexuellen Bereich, wobei aber sexuelle Dinge in ihrem Leben eine untergeordnete Rolle spielen. Die übertriebenen Leistungen der Asthmatiker im Berufsleben seien im Grunde der Wunsch nach Liebe und Anerkennung. GAGERN fand, daß nicht selten im Hintergrund eines Magenulcus unbewältigte Probleme des Liebes- und Geschlechtslebens stecken.

Die Fähigkeit, passive Zärtlichkeit anzustreben, das Wohliges, wenn man geliebt wird, zu genießen, ist bei 59% gestört.

Nach seiner passiven Sexualität wurde der Patient etwa so gefragt: "Können Sie ertragen, wenn sich in Ihrer Nähe Sexuelles abspielt, ohne daß Sie selbst beteiligt sind, wenn Ihr Partner sich selbst befriedigt und Sie mehr oder minder einbezieht, ohne daß Sie Lust haben, selber aktiv zu werden? Können Sie dann auch zur Befriedigung Ihres Partners beitragen?"

Das zentripetal feine Liebesstreben wurde beurteilt hinsichtlich des passiven Kontaktes und des Eros, der Fähigkeit, rezeptiv sein zu können und des verbliebenen Restes des Geschlechtsbezuges. Der passive Kontakt und der Eros sind bei 60% aller Patienten gestört, sie können sich nicht einfach der Nähe und Zuwendung anderer unbekümmert aussetzen.

Die Fähigkeit, annehmend, bergend, rezeptiv sein zu können, ist bei nur 44% gestört. Sobald der andere einen braucht, sobald ein Trösten des anderen, ein Helfen oder Sich-Opfern auch nur andeutungsweise im Spiel ist, geht es "besser", dann entsteht weniger hemmende Angst. Der verbliebene Rest des Geschlechtsbezuges ist bei 69% aller Patienten gegen beide Geschlechter gerichtet. Es ist normal, von Vater und Mutter Trost, Nähe und Wärme oder Nöte anzunehmen. Wer das nur von

einem, dem Gleichgeschlechtlichen oder dem Andersgeschlechtlichen kann, erscheint hier eingeengt, wobei auf der einen Seite fehlende, auf der anderen Seite übermäßige Gefühlsbesetzung imponiert.

Das zentrifugal feine Liebesstreben äußert sich, wenn man sich liebend ohne Erwartung, Ansprüche, Vorwürfe ganz einfach in die Nähe eines Anderen bringt. Die Hingabe ist bei 73% der Patienten gestört. JORES (1966) bezeichnet die Asthmatiker als hingabegestört. Die nicht richtige Ausatmung sei bei ihnen eine Hingabestörung, denn Ausatmen ist normalerweise ein passiver Vorgang, ein ausgesprochenes Geschehenlassen. Zu dieser Hingabestörung gehört auch die von ALEXANDER (1953) bemerkte Unfähigkeit der Asthmatiker zum Weinen. HALLIDAY sieht im Asthma-Anfall das unterdrückte Weinen. Auch Lachen und Singen können die Asthmatiker nicht. Sie besitzen kein Körpergefühl und sind, ebenfalls als Ausdruck der Hingabestörung, areligiös. Sie haben kein Verhältnis zu dem, was FREUD das Es nennt (JORES 1966). In unserem Material erscheint aber die Hingabestörung nicht als typisch für die Asthmatiker, sondern für die Mehrzahl der Psychosomatiker.

Die aktive Zärtlichkeit, die Fähigkeit, mit anderen zu schmusen aus eigener Lust, ist bei 60% aller Patienten gestört. Der Geschlechtsbezug der aktiven Zärtlichkeit ist bei den magenkranken Männern häufiger

gegen nur ein Geschlecht gerichtet als bei den magenkranken Frauen ($E: p \leq 1\%$), und zwar überwiegend gegen das andere Geschlecht. Die "Magenfrauen" verhalten sich in dieser Beziehung eher so, wie man es von einem psychisch gesunden Menschen erwarten kann. Bei der Nahrungsaufnahme im Stillvorgang, jener Phase, in der die Magenstörungen hypothetisch ihre erste Pathogenese haben, ist die Mutter der zärtlich begehrte Partner und der Vater überwiegend störend (ALEXANDER et al. 1968). Das hiesige Ergebnis scheint das zu bestätigen. Der "Magenmann" sucht für seine aktive Zärtlichkeit die Frau, meidet den Mann, während die magenkranke Frau diese Einengung nicht zeigt.

Die aktive Sexualität ist bei 56% der Patienten gestört. Alle Frauen sind hier häufiger gestört als die Männer. Bei den Patienten mit Atemfunktionsstörungen ist dieser Unterschied hochsignifikant ($E: p \leq 0,1\%$), in der Vergleichsgruppe signifikant ($E: p \leq 1\%$), bei den Magenkranken auffällig ($E: p \leq 5\%$). Bei den Asthmatikern läßt sich dieser Unterschied ebenfalls aus den Zahlen ersehen ohne allerdings statistisch nachweisbar zu sein. An einer größeren Fallzahl ließe er sich sicherlich auch statistisch erhärten. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist vermutlich unabhängig von der Erkrankung, sondern läßt sich mit den Vorstellungen erklären, die in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die Geschlechterrollen bestimmten und den Heranwachsenden aufgegeben wurden.

Nicht alle Patienten sind im gehemmten Bereich passiv geworden, sondern nur 89%; 30%, weil sie die Aktivität fürchten, 11%, weil sie die Passivität genießen und 48% ist die Aktivität unbekannt. 11% aller Kranken blieben aktiv, davon 4,5% reaktiv-hyperaktiv.

Auffällige Unterschiede bestehen zwischen den Männern und Frauen der Asthma- (E: $p \leq 5\%$), Magen- (E: $p \leq 5\%$) und Vergleichsgruppen (E: $p \leq 5\%$). Den Frauen ist die Aktivität häufiger unbekannt als den Männern, was der erziehungsbedingten Haltung der deutschen Bevölkerung entspricht. Insbesondere werden Suche und Sog nicht als Aktivität gewertet und Zielstrebigkeit dabei sogar verworfen. Bei der Gruppe mit Atemfunktionsstörungen findet sich dieser Unterschied nicht. Den Männern mit Atemfunktionsstörungen ist Aktivität auffällig häufiger unbekannt als den magenkranken Männern (E: $p \leq 5\%$). Bei den Asthmatikern wird die Passivität von den Frauen seltener genossen als von den Männern (E: $p \leq 1\%$), was sich in der beruflichen Situation der Asthmatiker äußert. Die Kenntnis der praemorbiden Struktur der Patienten legt als nächsten Schritt der Untersuchung nahe, zu überprüfen, durch welche Versuchung auf welchem Antriebsgebiet die jeweilige Erkrankung ausgelöst wurde. Von spezifischer Versuchung ist nur dann zu sprechen, wenn damit eine umschriebene Gehemmtheit provoziert wird. Geht man davon aus, das Bronchialasthma als retentives (= anal-aggressives = zentrifugal-schließendes) Syndrom zu sehen, dann müßte es durch spezifische Versuchs-

und Versagenssituation auf dem Besitz-Geltungsgebiet ausgelöst und unterhalten werden, sollte sich diese Hypothese als richtig erweisen. Die Fallzahlen in den einzelnen Zellen der Tabellen sind zu klein, um eine solche Auswertung zuzulassen. Die Häufigkeit der einzelnen Versuchungen konnte deshalb nur ohne Zuordnung zur praemorbiden Struktur des Patienten ausgewertet werden. Infolge Versuchung auf lediglich einem Antriebsgebiet sind 15% (R: 3%) der Patienten erkrankt, 7% infolge Versuchung auf dem Gebiet des Besitzstrebens und 5% auf dem Gebiet des Liebesstrebens. 36% (R: 29%) der Patienten erkrankten bei Versuchung auf zwei Antriebsgebieten und zwar 19% infolge Versuchung auf dem Gebiet des Besitz- und Geltungsstrebens, 11% auf dem Gebiet des Besitz- und Liebesstrebens und 6% auf dem Gebiet des Geltungs- und Liebesstrebens. 43% (R: 53%) erkrankten infolge Versuchung auf allen drei Antriebsgebieten. Daraus kann man immerhin folgern, daß eine nur auf einem Gebiet erfolgende Versuchsungs- und Versagenssituation meist kompensiert werden kann durch innerpsychische Schwerpunktverlagerung auf die verbleibenden Antriebsgebiete (SCHULTZ-HENCKE). Z.B. berichtet FEDERN über den Fall eines Asthmatikers, bei dem er eine Prävalenz der Geruchszone fand und dann erstmals die Verschiebung der Libido auf diese erogene und orale Zone unterstellte. FREUD spricht außerdem dem Ich die Fähigkeit zu, Triebenergie ihrem ursprünglichen Bereich entfremden zu können und für die Ziele des Ichs zu "neutralisieren". Das ist eine phylogenetisch und ontogenetisch späte

Entwicklung des Ichs, die noch nicht ganz abgeschlossen ist (HUXLEY). Deshalb gerät der Mensch durch Versuchung auf nur einem Antriebsgebiet selten in eine ausweglose Klemme, von KÜNKEL als Schicksalsmasche bezeichnet. Die Provokation eines einzigen gehemmten Bezirks menschlicher Lebendigkeit besitzt aber weniger vitale Bedeutung, wohingegen gleichzeitige gezielte Provokationen auf zwei oder drei Gebieten eine ätiologische Bedeutung haben und die Prognose quoad sanationem bei ihrem Fortbestehen verschlechtern.

Die auslösenden Faktoren wirken bei 47% der Patienten noch fort. Bei den übrigen hat sich das Krankheitsbild offenbar verselbständigt. Bei den Frauen der Vergleichsgruppe findet sich eine stärkere Syndrom-Verselbständigung als bei den Männern der Vergleichsgruppe; die auslösenden Faktoren wirken bei ihnen seltener fort als bei den Männern ($E: p \leq 5\%$).

Folgeerscheinungen der auslösenden Faktoren wirken bei 61% der Patienten noch fort, bei den männlichen Asthmatikern häufiger als bei den Männern der Vergleichsgruppe ($E: p \leq 5\%$). Bei 48% aller Patienten sind es Folgeerscheinungen sozialer Art, die fortwirken.

Die Einwirkungsdauer der spezifischen Versuchungssituation währte bei 38% über ein Jahr lang, bei 31% ein bis 12 Monate und bei 20% ein bis 30 Tage lang. Bei den Asthmaticerinnen war die Einwirkungszeit der Provokation auf-

fällig kürzer als bei den Frauen mit Atemfunktionsstörungen ($E: p \leq 5\%$).

Die Inkubationszeit betrug bei 6% der Patienten über einen Monat, bei 10% weniger als eine Woche, bei den übrigen ließ sie sich nicht ermitteln.

Weitere Einzelheiten über die antriebspsychologischen Faktoren sowie über die Eignung zur Behandlung und die Prognose sind der Tabelle Nr. 8 und den Abbildungen Nr. 4, 5 und 7 zu entnehmen.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die prozentuale Häufigkeit der einzelnen Variablen konnte wegen zu kleiner Fallzahlen nicht für jede Krankheitsgruppe aufgegliedert werden. Deshalb werden die Häufigkeiten für das gesamte Untersuchungskollektiv in den Abbildungen 3 - 7 veranschaulicht. Abweichungen der einzelnen Patientengruppen von den Durchschnittshäufigkeiten werden in den Ergebnissen (vergl. S. 15ff) der Chi-Quadrat- bzw. Fisher-Tests sichtbar, die in den Tabellen 6 - 9 zusammengestellt sind und im folgenden, nach den Patientengruppen geordnet, aufgezählt werden:

1. Die Asthmatiker unterscheiden sich von den Asthmatikerinnen in folgenden Punkten:

a. allgemein:

- Die Asthmatiker heiraten seltener als die Asthmatikerinnen ($R: p \leq 5\%$).
- Die Asthmatiker leben seltener, wenn sie unverheiratet sind, mit einem Partner zusammen ($R: p \leq 5\%$).
- Die Asthmatiker sind häufiger arbeitslos, während die Asthmatikerinnen häufiger eine Arbeitsstelle haben ($E: p \leq 0,1\%$).
- Die Asthmatikerinnen haben häufiger einen schwierigen Berufsverlauf ($R: p \leq 5\%$).
- Den Asthmatikerinnen ist Onanieren häufiger unbekannt ($E: p \leq 1\%$).

b. speziell:

- Den Asthmatikerinnen ist Aktivität im gehemmten Bereich häufiger unbekannt ($E: p \leq 5\%$), sie genießen ihre Passivität seltener ($E: p \leq 1\%$).
- Die Asthmatikerinnen erkranken häufiger bei gleichzeitiger Versuchung auf zwei Antriebsgebieten ($E: p \leq 5\%$), die Asthmatiker häufiger erst bei Versuchung auf drei Antriebsgebieten.

2. Die Männer mit Atemfunktionsstörungen unterscheiden sich von den entsprechenden Frauen folgendermaßen:

a. allgemein:

- Die Männer heiraten seltener als die Frauen ($R: p \leq 5\%$).
- Die Männer leben seltener, wenn sie unverheiratet sind, mit einem Partner zusammen ($R: p \leq 1\%$).
- Die Frauen sind häufiger religionslos ($R: p \leq 5\%$); sie gehören auch häufiger nichtchristlichen Religionen an ($R: p \leq 5\%$).
- Die Frauen haben häufiger eine Arbeitsstelle, die Männer sind häufiger arbeitslos ($R: p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Die Frauen besitzen stärker ausgeprägte hysterische Züge als die Männer ($E: p \leq 5\%$).
- Die Fähigkeit zu kaptativem Besitzstreben ist bei den Frauen häufiger gestört ($E: p \leq 5\%$).
- Diejenigen Frauen mit Atemfunktionsstörungen, welche den Geschlechtsbezug ihres zentripetal feinen Liebesstrebens gegen nur ein Geschlecht

richten, richten ihn häufiger auf das eigene weibliche Geschlecht (E: $p \leq 1\%$).

- Die Frauen sind häufiger im zentrifugal feinen Liebesstreben gehemmt (E: $p \leq 5\%$).
- Auch im Bereich der aktiven Sexualität sind die Frauen häufiger gestört (E: $p \leq 0,1\%$).
- Die Männer erkranken häufiger aufgrund einer Versuchungssituation auf dem Gebiet des aktiv-aggressiven Geltungsstrebens (E: $p \leq 5\%$).

3. Die männlichen Magenpatienten unterscheiden sich von den weiblichen:

a. allgemein:

- Die Männer begeben sich häufiger in Behandlung (R: $p \leq 1\%$).
- Sie erkranken häufiger als die Frauen (R: $p = 0,2\%$; E: $p = 5,2\%$).
- Die Männer haben seltener Kinder (R: $p \leq 5\%$).
- Sie leben seltener, wenn sie unverheiratet sind, mit einem Partner zusammen (R: $p \leq 5\%$).
- Den Frauen ist Onanieren häufiger unbekannt (E: $p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Die Männer sind häufiger depressiv (R: $p \leq 5\%$).
- Sie leiden häufiger unter Isolationsgefühlen (E: $p \leq 5\%$).
- Die Männer richten ihre passiven Zärtlichkeits-

wünsche häufiger gegen nur ein Geschlecht

(E: $p \leq 1\%$).

- Das Hingabefühl der magenkranken Frauen ist häufiger gehemmt (R: $p \leq 0,1\%$).
- Der Geschlechtsbezug der aktiven Zärtlichkeit ist bei den Männern häufiger gegen nur ein Geschlecht gerichtet (E: $p \leq 1\%$).
- Im Bereich der aktiven Sexualität sind die Frauen häufiger gestört (E: $p \leq 5\%$).
- Den Frauen ist Aktivität im gehemmten Bereich häufiger unbekannt (E: $p \leq 5\%$).

4. Unterschiede zwischen den Männern und Frauen der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Die Männer haben häufiger ein Flüchtlingsschicksal hinter sich (R: $p \leq 0,1\%$).
- Die Männer haben seltener Kinder (R: $p \leq 0,1\%$).
- Sie heiraten seltener (R: $p \leq 0,1\%$).
- Sie leben seltener, wenn sie unverheiratet sind, mit einem Partner zusammen (R: $p \leq 0,1\%$).
- Die Frauen gehören häufiger nichtchristlichen Religionen an (R: $p \leq 5\%$).
- Im Rasemühler Patientengut sind mehr Frauen akademisch gebildet, im Eppendorfer mehr Männer (R: $p \leq 0,1\%$; E: $p \leq 5\%$).
- Die Frauen arbeiten häufiger als Facharbeiter, die Männer gehören mehr handwerklichen Berufen an

(R: $p \leq 0,1\%$).

- Die Männer sind häufiger arbeitslos, während die Frauen häufiger eine Arbeitsstelle innehaben (E: $p \leq 0,1\%$).
- Die Männer stehen häufiger noch in Berufsausbildung (E: $p \leq 1\%$).
- Die Frauen arbeiten häufiger in eigenverantwortlicher Tätigkeit (R: $p \leq 0,1\%$).
- Die Frauen haben häufiger einen schwierigen Berufsverlauf (R: $p \leq 5\%$).
- Die Frauen onanieren seltener (E: $p \leq 1\%$); Onanie ist ihnen häufiger unbekannt (R: $p \leq 1\%$; E: $p \leq 1\%$). Die Männer lehnen Onanie häufiger ab (E: $p \leq 0,1\%$).

b. speziell:

- Bei den Frauen beobachtet man häufiger Zwangszüge (R: $p \leq 1\%$), die seltener stark ausgeprägt sind (E: $p \leq 5\%$).
- Die Männer sind häufiger hysterisch (R: $p \leq 0,1\%$), was aber seltener stark ausgeprägt ist (E: $p \leq 0,1\%$).
- Das in der Symptomatik zum Ausdruck kommende motorische Verhalten der Männer ist häufiger defensiv (E: $p \leq 5\%$).
- Die Männer sind im intentionalen Bereich häufiger gestört (R: $p \leq 0,1\%$).
- Die Frauen sind im kaptativen Besitzstreben häufiger gestört (E: $p \leq 5\%$), ebenso im retentiven Besitzstreben (E: $p \leq 5\%$).

- Auch sind sie in ihrer passiven Sexualität häufiger verklemmt (E: $p \leq 5\%$) sowie in ihrer aktiven Sexualität (E: $p \leq 1\%$).
- Aktivität im gehemmten Bereich ist den Frauen häufiger unbekannt (E: $p \leq 5\%$).
- Die Frauen erkranken häufiger infolge einer Versuchung auf dem Gebiet des Liebesstrebens (E: $p \leq 5\%$), und zwar häufiger infolge zentripetalen Versuchung (E: $p \leq 5\%$). Ebenfalls erkranken sie häufiger bei Stress auf dem Gebiet des retentiven Besitzstrebens (E: $p \leq 5\%$). Seltener sind sie aggressiv versucht worden (E: $p \leq 1\%$), und zwar seltener aktiv aggressiv (E: $p \leq 5\%$).
- Die auslösenden Faktoren wirken bei den Frauen seltener fort (E: $p \leq 5\%$), d.h., die Krankheit verselbständigt sich bei den Frauen schneller.

5. Unterschiede zwischen den männlichen Asthmatikern und den Männern mit Atemfunktionsstörungen:

a. allgemein:

- Die Genese der Erkrankung ist bei den Asthmatikern häufiger gleichzeitig psychogen und organogen ohne daß sich zwischen diesen beiden Entstehungsarten gegenseitige Kausalität feststellen läßt (E: $p \leq 5\%$).
- Die Asthmatiker werden häufiger arbeitsunfähig krankgeschrieben (E: $p \leq 1\%$).

b. speziell:

- Asthmatiker besitzen häufiger eine depressive

Struktur ($R: p \leq 5\%$).

- Die in der Symptomatik zum Ausdruck kommende Motorik wird bei den Asthmatikern häufiger als aggressiv ($E: p \leq 1\%$) und seltener als passiv ($E: p \leq 0,1\%$) beurteilt.
- Die Asthmatiker sind häufiger im Besitzgefühl und Wertempfinden gestört ($E: p \leq 5\%$).
- Sie sind im kaptativen Besitzstreben häufiger gestört ($E: p \leq 1\%$).
- Sie erkranken häufiger infolge einer Versuchungssituation auf dem Gebiet des retentiven Besitzstrebens ($E: p \leq 0,1\%$).

6. Unterschiede zwischen Asthmatikern und Männern mit Magenleiden:

a. allgemein:

- Die Genese der Erkrankung ist bei den Asthmatikern häufiger gleichzeitig psychogen und organogen ($E: p \leq 5\%$), insbesondere häufiger psychogen, ohne daß sich zwischen diesen beiden Entstehungsarten gegenseitige Kausalität feststellen läßt.
- Asthmatiker werden häufiger zu Heilverfahren und Badekuren verschickt ($E: p \leq 1\%$).
- Sie haben ihre erste Pollution später, meistens nach dem 15. Lebensjahr, im Gegensatz zu den Magenkranken, bei denen sie früher eintritt ($E: p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Die Magenkranken leiden häufiger unter Isola-

tionsgefühlen (E: $p \leq 1\%$).

- Bei den Magenkranken ist die Empfindung häufiger gestört (E: $p \leq 0,1\%$), sie klagen häufiger über Mißempfindungen (E: $p \leq 1\%$).
- Asthma besitzt einen zentrifugal schließenden Ausdruckswert. Der Ausdruckswert der zusammengefaßten Magensymptome wird häufiger als zentrifugal öffnend beurteilt (E: $p \leq 1\%$).
- Das Antinomiegefühl der Magenkranken ist häufiger schwer gestört (E: $p \leq 5\%$).
- Asthmatiker sind häufiger anal-retentiv gehemmt (R: $p \leq 5\%$).
- Sie erkrankten häufiger bei Versuchung auf nur einem Antriebsgebiet (E: $p \leq 5\%$).
- Häufiger sind sie retentiv versucht worden (E: $p \leq 1\%$), seltener aktiv-aggressiv (E: $p \leq 5\%$) und seltener im zentrifugalen Liebesstreben (E: $p \leq 5\%$).

7. Unterschiede zwischen Asthmatikern und Männern der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Die Genese der Erkrankung ist bei den Asthmatikern häufiger gleichzeitig psychogen und organogen (E: $p \leq 5\%$), insbesondere häufiger psychogen und organogen ohne sich gegenseitig bedingende Kausalität (E: $p \leq 0,1\%$).
- Die Asthmatiker sind häufiger chronisch erkrankt

- (E: $p \leq 5\%$), werden länger und aufwendiger behandelt (E: $p \leq 1\%$), öfter zu Badekuren und Heilverfahren verschickt (E: $p \leq 0,1\%$) und häufiger arbeitsunfähig krankgeschrieben (E: $p \leq 5\%$).
- Asthmatiker erkranken häufiger schon vor dem 20. Lebensjahr (E: $p \leq 1\%$).
 - Asthmatiker haben häufiger keinen Beruf (E: $p \leq 5\%$).
 - Sie haben ihre erste Pollution später, meistens nach dem 15. Lebensjahr, im Gegensatz zu den Männern der Vergleichsgruppe, bei denen sie früher eintritt (E: $p \leq 5\%$).
 - Sie lehnen Onanie seltener ab (E: $p \leq 1\%$).

b. speziell:

- Die Asthmatiker besitzen seltener Zwangszüge (E: $p \leq 5\%$).
- Sie sind seltener verstimmt (E: $p \leq 0,1\%$).
- Die Empfindung ist bei den Asthmatikern seltener gestört (E: $p \leq 0,1\%$). Sie klagen seltener über Mißempfindungen (E: $p \leq 5\%$).
- Der Ausdruckswert ihrer Symptomatik wird als zentrifugal schließend, bei den Vergleichspersonen häufiger als zentrifugal öffnend beurteilt (E: $p \leq 0,1\%$).
- Die in der Symptomatik zum Ausdruck kommende Motorik wird bei den Asthmatikern häufiger als aggressiv (E: $p \leq 5\%$), seltener als passiv (E: $p \leq 1\%$) und häufiger als defensiv (E: $p \leq 5\%$).

eingeordnet.

- Die Asthmatiker sind im Sensorium und Weltgefühl häufiger schwer gestört (E: $p \leq 1\%$).
- Sie sind häufiger anal-retentiv gehemmt (R: $p \leq 5\%$).
- Die Asthmatiker erkranken häufiger infolge Ver-
suchung auf dem Gebiet des retentiven Besitzstre-
bens (E: $p \leq 0,1\%$), seltener des aggressiven
Geltungsstrebens (E: $p \leq 1\%$), insbesondere des
aktiv-aggressiven Geltungsstrebens (E: $p \leq 5\%$),
und auch seltener auf dem Gebiet des zentrifu-
galen Liebesstrebens (E: $p \leq 5\%$).
- Die Folgeerscheinungen der auslösenden Faktoren
wirken bei den Asthmatikern länger fort (E: $p \leq 5\%$).

8. Unterschiede zwischen den Männern mit Atemfunktions- störungen und denen mit Magenleiden:

a. allgemein:

- Magenkranke Männer haben seltener eine gerad-
linige Berufsausbildung (R: $p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Magenkranke Männer besitzen häufiger eine de-
pressive Struktur (R: $p \leq 0,1\%$).
- Die in der Symptomatik zum Ausdruck kommende
Motorik wird bei den Magenkranken häufiger als
aggressiv eingeordnet (E: $p \leq 5\%$).
- Magenkranke Männer sind im Besitzgefühl und
Wertempfinden häufiger gestört (E: $p \leq 5\%$).

- Sie sind häufiger im kaptativen Besitzstreben ($E: p \leq 1\%$), im Geltungsstreben ($R: p \leq 5\%$) und in ihrer aktiven Sexualität ($E: p \leq 5\%$) gehemmt.
- Aktivität im gehemmten Bereich ist den magenkranken Männern häufiger bekannt ($E: p \leq 5\%$).

9. Unterschiede zwischen den Männern mit Atemfunktionsstörungen und denen der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Männer mit Atemfunktionsstörungen haben häufiger Badekuren und Heilverfahren mitgemacht ($E: p \leq 5\%$).
- Sie lehnen Onanie seltener ab ($E: p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Im Besitzgefühl und Wertempfinden sind sie seltener gestört ($E: p \leq 5\%$).
- Männer mit Atemfunktionsstörungen sind im kaptativen Besitzstreben seltener gestört ($E: p \leq 5\%$).
- Ihre aktive Sexualität ist seltener gehemmt ($E: p \leq 5\%$).

10. Unterschiede zwischen den magenkranken Männern und denen der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Die Magenkranken koitieren erstmals früher, meist vor dem 24. Lebensjahr, während die Männer der Vergleichsgruppe meist später damit begonnen haben ($R: p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Die Magenkranken sind häufiger depressiv (R: $p \leq 1\%$).
- Sie klagen häufiger über Isolationsgefühle (E: $p \leq 1\%$).

11. Unterschiede zwischen den Asthmatikerinnen und den Frauen mit Atemfunktionsstörungen:

a. allgemein:

- Asthmatikerinnen sind häufiger chronisch erkrankt (R: $p \leq 5\%$).
- Sie werden öfter wegen ihrer psychosomatischen Krankheit behandelt (E: $p \leq 1\%$).
- Frauen mit Atemfunktionsstörungen gehören häufiger den Berufsgruppen der Handwerker, Facharbeiter und Kaufleute an (E: $p \leq 5\%$).
- Sie haben im Rasemühler Untersuchungskollektiv häufiger eine Arbeitsstelle (R: $p \leq 5\%$), im Eppendorfer seltener (E: $p \leq 1\%$).
- Asthmatikerinnen haben ihren ersten Koitus später, meist nach dem 20. Lebensjahr, die Frauen mit Atemfunktionsstörungen meist vor dem 20. Lebensjahr (E: $p \leq 5\%$ bei einseitiger Fragestellung).

b. speziell:

- Asthmatikerinnen leiden seltener unter Angstzuständen (E: $p \leq 1\%$).

- Die Empfindung der Asthmatikerinnen ist seltener gestört ($E: p \leq 1\%$). Sie leiden seltener unter Mißempfindungen ($E: p \leq 1\%$).
- Der Ausdruckswert der Symptomatik wird bei den Asthmatikerinnen als zentrifugal schließend, bei den Frauen mit Atemfunktionsstörungen häufiger als zentrifugal öffnend beurteilt ($E: p \leq 1\%$).
- Die in der Symptomatik zum Ausdruck kommende Motorik wird bei den Asthmatikerinnen häufiger als aggressiv ($E: p \leq 1\%$) und seltener als passiv ($E: p \leq 1\%$) eingeordnet.
- Die Asthmatikerinnen erkranken häufiger infolge einer retentiven Versuchung ($E: p \leq 0,1\%$).
- Die Versuchungssituation wirkt bei den Asthmatikerinnen kürzer ein, weniger als ein Jahr, während bei den Frauen mit Atemfunktionsstörungen die Einwirkungsdauer meist über ein Jahr beträgt ($E: p \leq 5\%$).

12. Unterschiede zwischen den Asthmatikerinnen und den magenkranken Patientinnen:

a. allgemein:

- Die Asthmatikerinnen werden länger und aufwendiger behandelt ($E: p \leq 5\%$) und häufiger zu Badekuren und Heilverfahren verschickt ($E: p \leq 1\%$).
- Sie gehören häufiger nichtchristlichen Religionen an ($R: p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Die Asthmatikerinnen leiden seltener unter Nervosität (E: $p \leq 5\%$); ihre Empfindung ist seltener gestört (E: $p \leq 1\%$); sie klagen seltener über Schmerzen (E: $p \leq 1\%$).
- Die in der Symptomatik zum Ausdruck kommende Motorik wird bei den Asthmatikerinnen seltener als passiv (E: $p \leq 0,1\%$) eingeordnet.
- Ihr retentives Besitzstreben ist häufiger gehemmt (R: $p \leq 5\%$).
- Sie sind seltener hingabegestört (R: $p \leq 5\%$).
- Die Asthmatikerinnen erkranken seltener infolge einer Versuchung auf dem Gebiet des retentiven Besitzstrebens (E: $p \leq 1\%$) und seltener infolge einer diffus-existentiellen Versuchung (E: $p \leq 5\%$).

13. Unterschiede zwischen den Asthmatikerinnen und den Frauen der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Die Genese der Erkrankung ist bei den Asthmatikerinnen häufiger gleichzeitig psychogen und organogen ohne daß gegenseitige Kausalität erkennbar ist (E: $p \leq 1\%$).
- Asthmatikerinnen werden öfter (E: $p \leq 5\%$), länger und aufwendiger (E: $p \leq 1\%$) behandelt und häufiger zu Heilverfahren und Badekuren verschickt (E: $p \leq 0,1\%$).

- Sie erkrankten häufiger vor dem 20. Lebensjahr
(E: $p \leq 1\%$).
- Unter den Asthmatikerinnen befinden sich weniger
Flüchtlinge (E: $p \leq 5\%$).
- Die Asthmatikerinnen befinden sich häufiger
noch in ihrer Berufsausbildung (E: $p \leq 1\%$;
R: $p \leq 5\%$ bei einseitiger Fragestellung); sie
arbeiten häufiger eigenverantwortlich in ihrem
Beruf (E: $p \leq 5\%$).
- Onanie ist den Asthmatikerinnen häufiger unbekannt
(E: $p \leq 5\%$).

b. speziell

- Die Empfindung ist bei den Asthmatikerinnen sel-
tener gestört (E: $p \leq 1\%$). Sie klagen seltener
über Schmerzen (E: $p \leq 1\%$).
- Ihre Symptomatik hat einen zentrifugal schließen-
den Ausdruckswert, er wird bei den Patientinnen
der Vergleichsgruppe häufiger als zentrifugal
öffnend beurteilt (E: $p \leq 1\%$).
- Die in der Symptomatik zum Ausdruck kommende
Motorik wird bei den Asthmatikerinnen häufiger
als aggressiv (E: $p \leq 1\%$) und seltener als pas-
siv beschrieben (E: $p \leq 0,1\%$).
- Die Asthmatikerinnen sind häufiger anal-retentiv
gehemmt (R: $p \leq 1\%$).
- Sie erkrankten seltener infolge einer Versuchung
auf dem Gebiet des Liebesstrebens (E: $p \leq 1\%$),

häufiger durch eine retentive Versuchungssituation ($E: p \leq 0,1\%$), seltener durch eine aggressive ($E: p \leq 5\%$), insbesondere seltener durch eine aktiv-aggressive ($E: p \leq 5\%$).

14. Unterschiede zwischen den Frauen mit Atemfunktionsstörungen und den magenkranken Patientinnen:

a.allgemein:

- Magenkranke Frauen werden häufiger behandelt ($E: p \leq 1\%$).
- Sie heiraten seltener ($R: p \leq 5\%$).
- Patientinnen mit Atemfunktionsstörungen sind häufiger religionslos ($R: p \leq 1\%$) und bekennen sich häufiger zu nichtchristlichen Religionen ($R: p \leq 1\%$).
- Magenkranke Frauen haben ihren ersten Koitus später, meist nach ihrem 20. Lebensjahr, die Frauen mit Atemfunktionsstörungen meist vorher ($E: p \leq 5\%$).

b. speziell:

- Magenkranke Patientinnen leiden seltener unter Mißempfindungen ($E: p \leq 5\%$).
- Wenn der Geschlechtsbezug im zentripetal feinen Liebesstreben auf nur ein Geschlecht gerichtet ist, so richten die Patientinnen mit Atemfunktionsstörungen ihn häufiger gegen das eigene weibliche

Geschlecht (E: $p \leq 5\%$).

- Die Magenpatientinnen sind im zentrifugal feinen Liebesstreben häufiger gehemmt (R: $p \leq 5\%$).

15. Unterschiede zwischen den Frauen mit Atemfunktionsstörungen und denen der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Frauen mit Atemfunktionsstörungen gehören häufiger den Berufsgruppen der Handwerker, Facharbeiter und Kaufleute an (E: $p \leq 5\%$), sie sind häufiger arbeitslos (E: $p \leq 5\%$).
- Sie haben ihren ersten Koitus früher, meist vor dem 24. Lebensjahr, die Frauen der Vergleichsgruppe meist später (R: $p \leq 1\%$).

b. speziell:

- Frauen mit Atemfunktionsstörungen leiden häufiger unter Mißempfindungen (E: $p \leq 5\%$).
- Wenn der Geschlechtsbezug des zentripetal feinen Liebesstrebens auf nur ein Geschlecht gerichtet ist, so richten die Patientinnen mit Atemfunktionsstörungen ihn häufiger gegen das eigene weibliche Geschlecht (E: $p \leq 5\%$).
- Frauen mit Atemfunktionsstörungen sind häufiger im zentrifugal feinen Liebesstreben verklemt (E: $p \leq 5\%$).

16. Unterschiede zwischen den magenkranken Frauen und den Patientinnen der Vergleichsgruppe:

a. allgemein:

- Magenkranke Frauen werden seltener behandelt (R: $p \leq 5\%$).
- Sie haben ihren ersten Koitus häufiger vor dem 24. Lebensjahr (R: $p \leq 1\%$).

b. speziell:

- Magenkranke Patientinnen sind häufiger hingabegestört (R: $p \leq 0,1\%$).

17. Abschließend seien noch diejenigen Unterschiede zusammengestellt, die in beiden Untersuchungskollektiven gleichzeitig nachgewiesen wurden:

- Männer erkranken häufiger am Magen als Frauen (R: $p = 0,2\%$; E: $p = 5,2\%$).
- Den Frauen der Vergleichsgruppe ist Onanie häufiger unbekannt als den Männern der Vergleichsgruppe (R: $p \leq 1\%$; E: $p \leq 1\%$).
- Asthmatikerinnen befinden sich häufiger noch in ihrer Berufsausbildung als die Frauen der Vergleichsgruppe (E: $p \leq 1\%$; R: $p \leq 5\%$ bei einseitiger Fragestellung).
- Asthmatikerinnen haben im Eppendorfer Untersuchungskollektiv häufiger eine Arbeitsstelle als die Frauen mit Atemfunktionsstörungen (E: $p \leq 1\%$), im Rasemühler seltener (R: $p \leq 5\%$).

- Die Frauen der Vergleichsgruppe sind im Rasemühler Untersuchungsmaterial häufiger akademisch gebildet (R: $p \leq 0,1\%$), im Eppendorfer Material seltener (E: $p \leq 5\%$) als die Männer der Vergleichsgruppe.

Legende zu den Tabellen Nr. 6 bis 9

- 1 = Vergleich zwischen Asthmatikern und Asthmatikerinnen
- 2 = Vergleich zwischen den Männern und Frauen mit Atemfunktionsstörungen
- 3 = Vergleich zwischen den männlichen und weiblichen Magenkranken
- 4 = Vergleich zwischen den Patienten und Patientinnen der Vergleichsgruppe
- 5 = Vergleich zwischen den Männern mit Asthma und denen mit Atemfunktionsstörungen
- 6 = Vergleich zwischen den Männern mit Asthma und denen mit Magenleiden
- 7 = Vergleich zwischen den Männern mit Asthma und denen der Vergleichsgruppe
- 8 = Vergleich zwischen den Männern mit Atemfunktionsstörungen und denen mit Magenleiden
- 9 = Vergleich zwischen den Männern mit Atemfunktionsstörungen und denen der Vergleichsgruppe
- 10 = Vergleich zwischen den Männern mit Magenleiden und denen der Vergleichsgruppe
- 11 = Vergleich zwischen den Asthmatikerinnen und den Frauen mit Atemfunktionsstörungen
- 12 = Vergleich zwischen den Asthmatikerinnen und den magenkranken Frauen
- 13 = Vergleich zwischen den Asthmatikerinnen und den Frauen der Vergleichsgruppe
- 14 = Vergleich zwischen den Frauen mit Atemfunktionsstörungen und denen mit Magenleiden
- 15 = Vergleich zwischen den Frauen mit Atemfunktionsstörungen und denen der Vergleichsgruppe
- 16 = Vergleich zwischen den magenkranken Frauen und denen der Vergleichsgruppe
- a = mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Rasemühler Untersuchungskollektiv
- A = mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Eppendorfer Untersuchungskollektiv

s = mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1%
im Rasemühler Untersuchungskollektiv

S = mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1%
im Eppendorfer Untersuchungskollektiv

h = mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,1%
im Rasemühler Untersuchungskollektiv

H = mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,1%
im Eppendorfer Untersuchungskollektiv

e = einseitige Fragestellung

Tab. Nr. 6: Allgemeine Beschreibung des Patientengutes. Statistisch gesicherte Unterschiede zwischen Patientengruppen beider Untersuchungskollektive

[illegible]

Tab. Nr. 7: Neuropsychologische Beschreibung des Patientenengutes.
 Statistisch gesicherte Unterschiede zwischen den Patientengruppen beider Untersuchungskollektive.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Neuropsychologische Struktur				a	a		h		s							
schizoide Züge: ja - nein																
stark - schwach																
depressive Züge: ja - nein																
stark - schwach																
Zwangszüge: ja - nein				s			A									
stark - schwach				A												
hysterische Züge: ja - nein				h												
stark - schwach				H												
Stimmung																
verstimmt: ja - nein							H									
traurig verstimmt, verstimmt- aber nicht traurig																
hyperthym - nicht hyperthym, aber verstimmt																
verändert: ja - nein																
Angst im Vordergrund: ja - nein										S						
allgem. Nervosität: ja - nein											A					
Isolationsgefühl: ja - nein				A		S			S							
gestört: ja - nein							H	H		S	S	S				
Jucken: ja - nein																
Schmerzen: ja - nein											S	S				
Mißempfindungen: ja - nein						S	A			S				A	A	
Öffnung u. Schließung																
zentripetal öffnend - schließend																
zentrifugal öffnend - schließend					S	H				S			S			
Motorik																
aggressiv: ja - nein																
defensiv: ja - nein				A			A									
passiv: ja - nein					H		S									
Umweltbeziehung																
auffallend verändert: ja - nein																
verströmend: ja - nein																
sexuell: ja - nein																
vermindert bzw. vermehrt: ja - nein																

[illegible]

- 102 -

Tab. Nr. 9: Zahl der statistisch gesicherten Unterschiede zwischen den einzelner Patientengruppen in den Untersuchungskollektiven:

Irrtums- wahrschein- lichkeit von																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Rasemühler kollektiv	3	4	3	2	1	1	1	2	0	1	2	3	1	2	0	1
5%																27
1%	0	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1
0,1%	0	0	1	9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Summe	3	5	6	13	1	1	1	3	0	2	2	3	2	4	1	3
50																
Ependorfer kollektiv	2	4	5	12	2	6	12	4	5	0	3	3	6	3	5	0
5%																72
1%	2	1	2	5	3	6	6	1	0	1	8	4	9	1	0	0
0,1%	1	1	0	3	2	1	6	0	0	0	1	1	3	0	0	0
Summe	5	6	7	20	7	13	24	5	5	1	12	8	18	4	5	0
140																
Gesamtsumme	8	11	13	33	8	14	25	8	5	3	14	11	20	8	6	3
190																
In beiden Kollektiven gleichzeitig nachge- wiesene Unterschiede	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
5																

Abb. 3: Angaben zur Vorgeschichte: Prozentuale Häufigkeit
im Eppendorfer Untersuchungskollektiv.

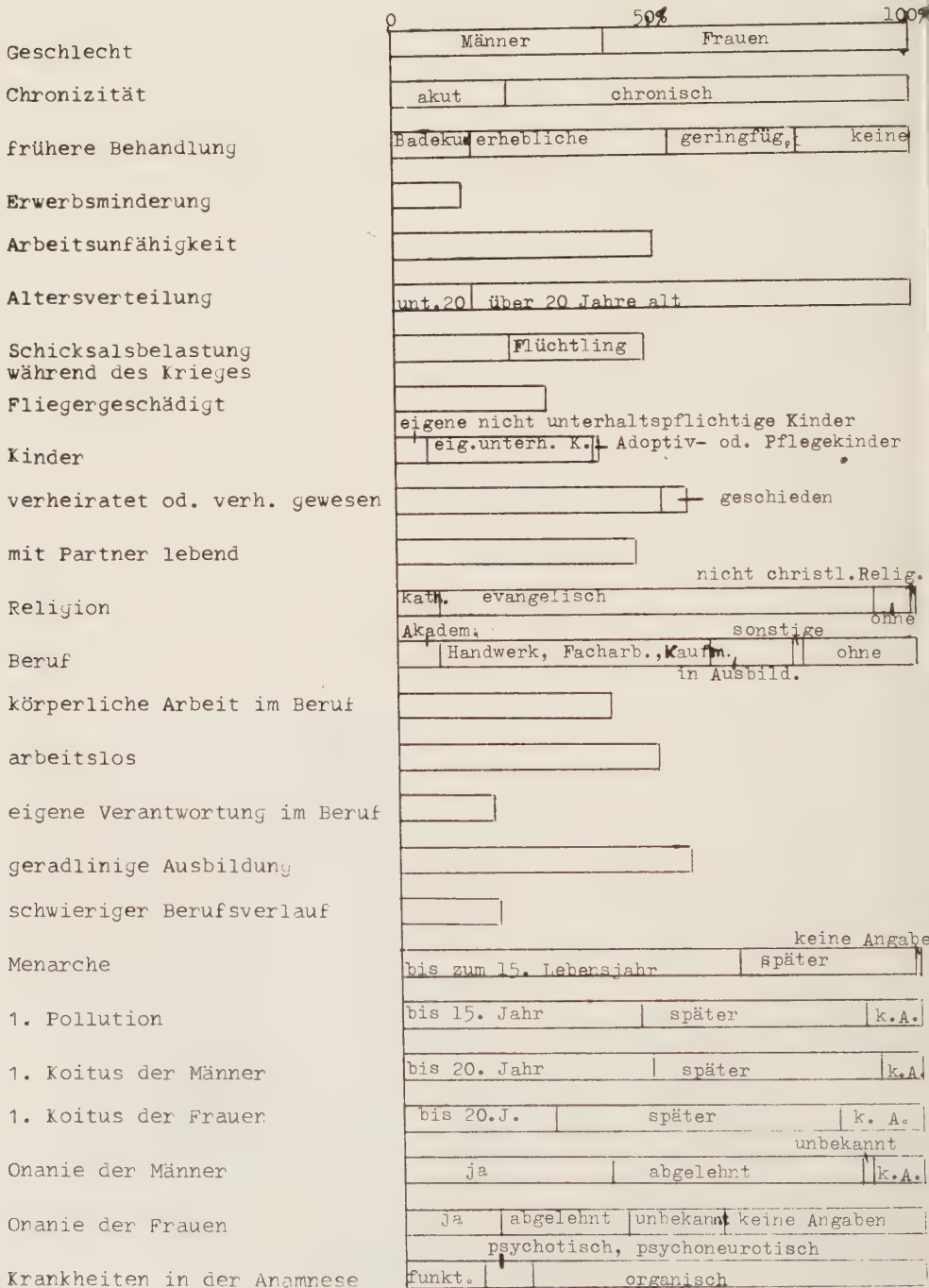


Abb. 4: Aussagen über die Symptomatik: Prozentuale Häufigkeit im Eppendorfer Untersuchungskollektiv.

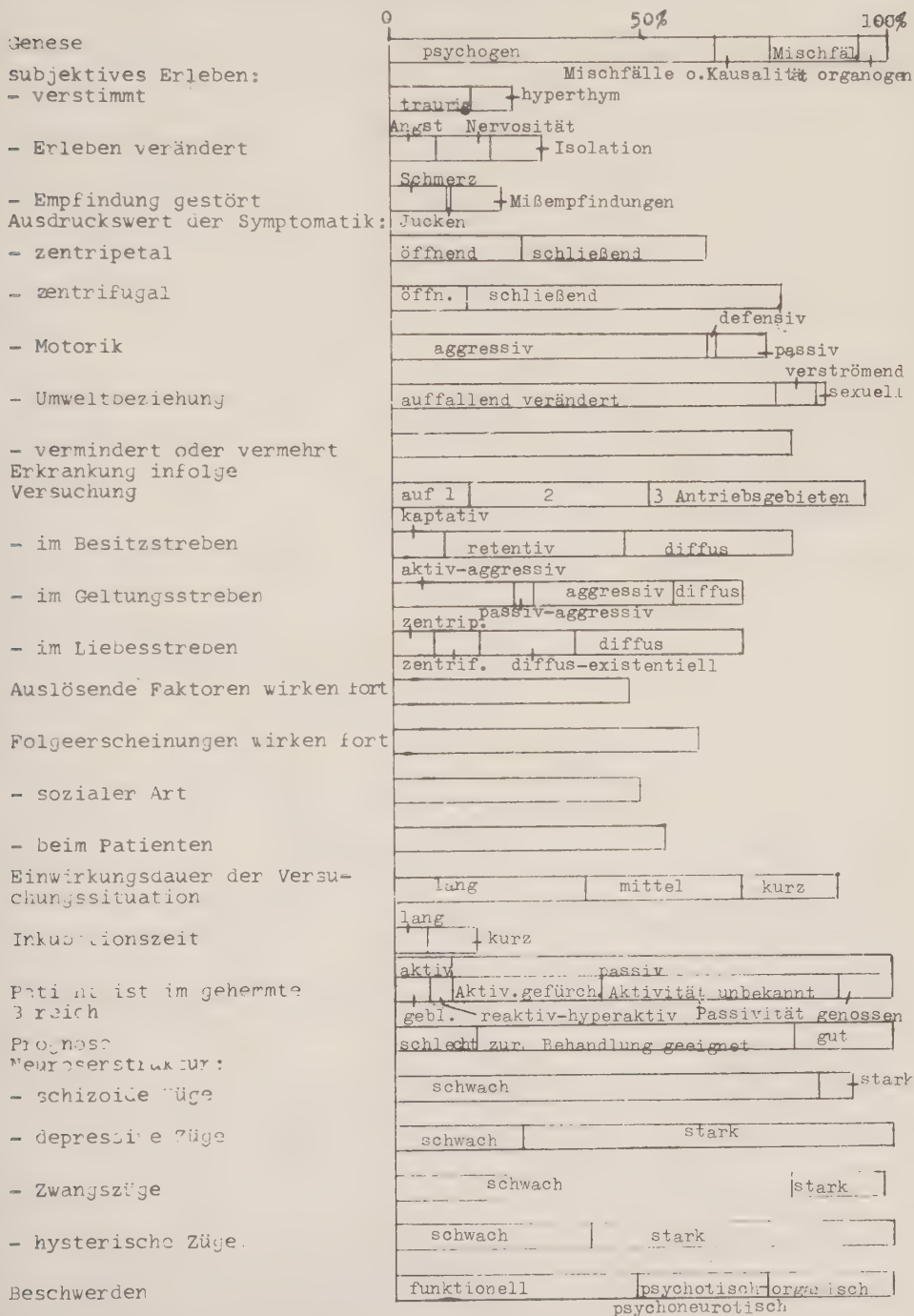


Abb. 5: Antriebspsychologische Aussagen: Prozentuale Häufigkeit im Eppendorfer Untersuchungskollektiv.

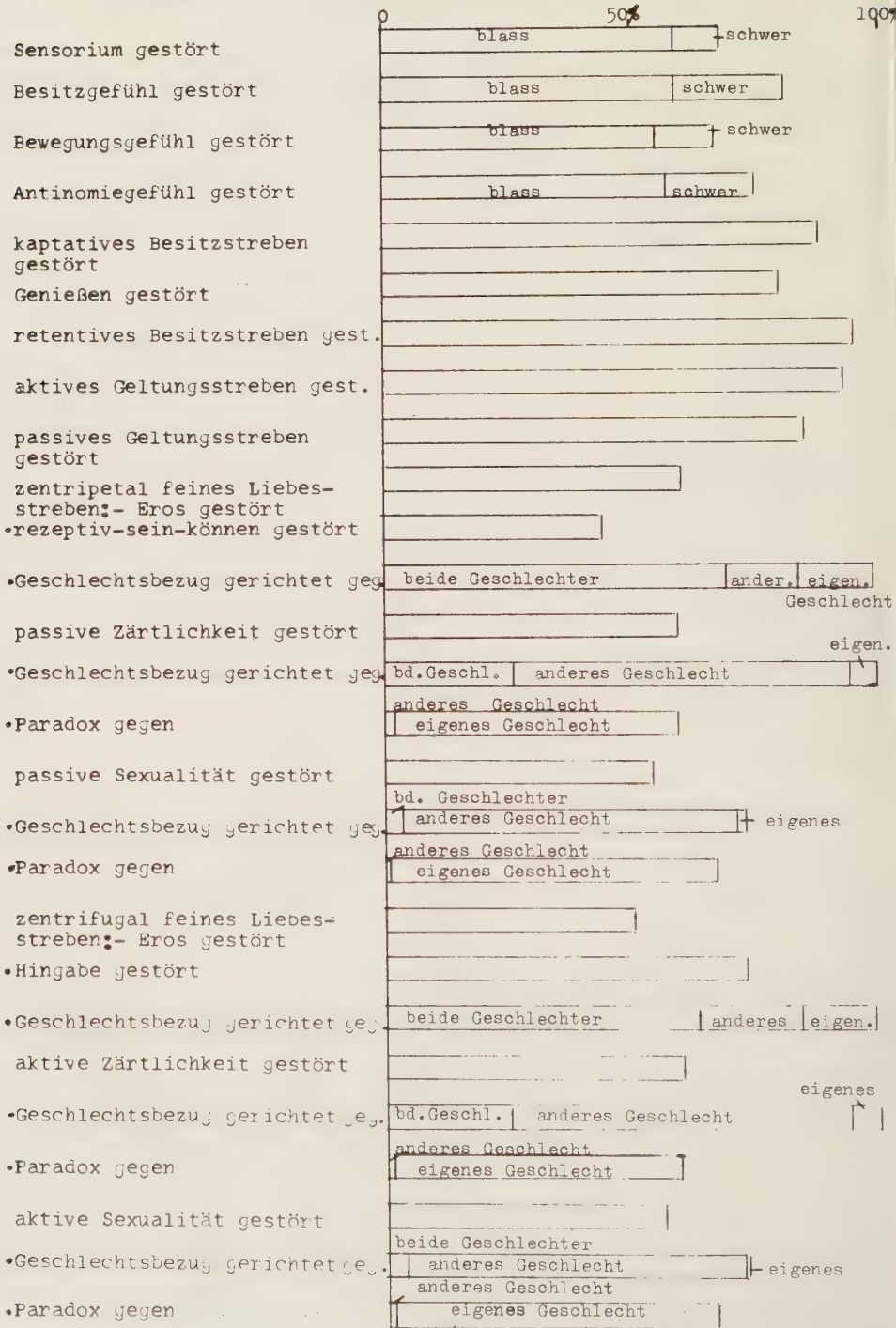


Abb. 6: Angaben zur Vorgeschichte: Prozentuale Häufigkeit
im Rasemühler Untersuchungskollektiv.

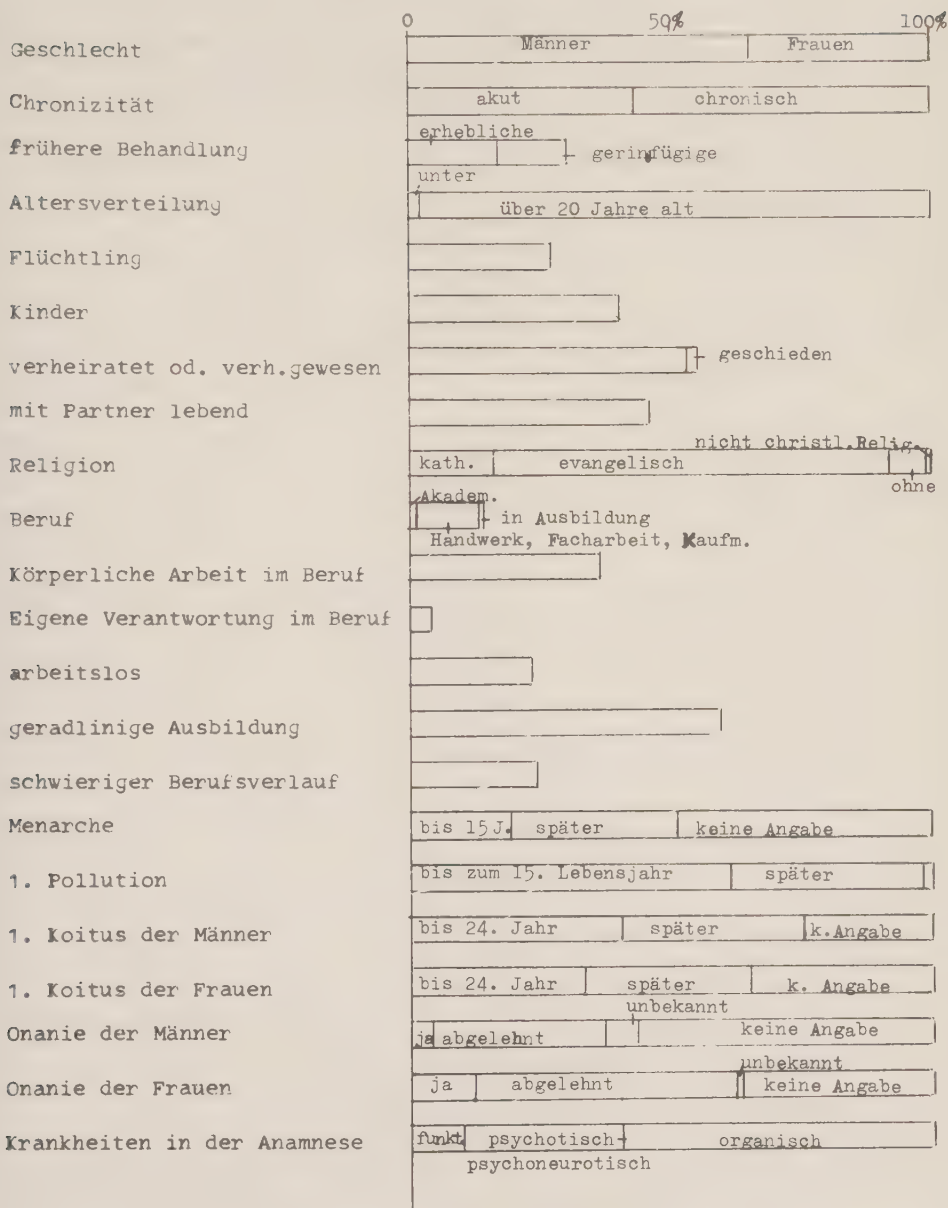


Abb. 7: Antriebspsychologische Aussagen:
Prozentuale Häufigkeit im Rasemühler Untersuchungs-
kollektiv.

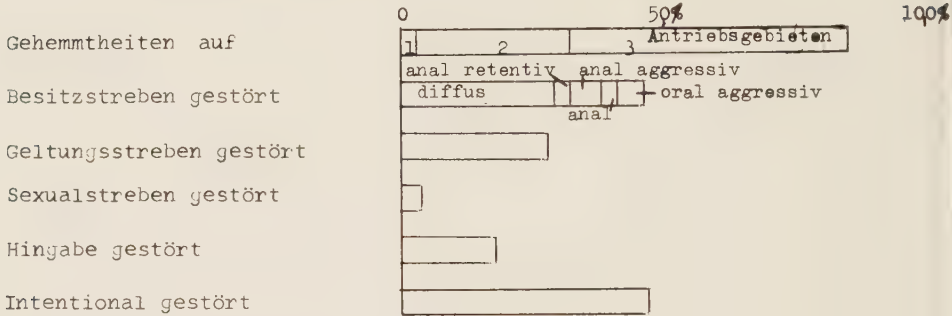


Abb. 8: Neurosenstruktur: Prozentuale Häufigkeit
im Rasemühler Untersuchungskollektiv



D I S K U S S I O N

Für das Rasemühler Untersuchungskollektiv wurden 771 Chi-Quadrat-bzw. Fisher-Tests gerechnet, für das Eppendorfer Material 2236. Betrachtet man die statistisch nachgewiesenen Unterschiede des Rasemühler Untersuchungsmaterials auf dem Irrtumswahrscheinlichkeitsniveau von 5%, dann erwartet man 48 positive Ergebnisse. In der Tat wurden 50 gefunden, so daß es naheliegt, alle gefundenen Ergebnisse als zufallsbedingt anzusehen.

Besieht man sich die Unterschiede auf dem 1%-Niveau, dann erwartet man 9 signifikante Ergebnisse. Gefunden wurden aber 23. Auf dem 0,1%-Niveau ist es ähnlich: erwartet wurde 1 Unterschied, beobachtet wurden jedoch 12. Die Werte für das Eppendorfer Untersuchungskollektiv zeigen dasselbe Verhalten.

Dies erlaubt die Interpretation, daß die Untersucher - wie eingangs schon erwähnt - in ihren Patienten gerade das sahen, wozu sie aufgrund der Hypothesen SCHULTZ-HENCKES eingestellt waren und sich so die Theorien SCHULTZ-HENCKES als signifikante Ergebnisse im Untersuchungsmaterial niederschlugen.

Die beobachteten Häufigkeiten signifikanter Ergebnisse, die sich auf unsere spezielle Fragestellung beziehen, sind in beiden Untersuchungskollektiven niedriger als die Erwartungswerte; diejenigen, welche sich auf die allgemeine Beschreibung des Patientengutes beziehen, sind größer, als dem

Zufall entspricht. Der Grund mag darin zu suchen sein, daß die Untersuchungskollektive unbekannten Ausleseprinzipien unterworfen waren; sie sind keine repräsentativen Stichproben. Auch besteht die Möglichkeit, daß in den als "allgemeine Beschreibung" angeführten Variablen für die Patientengruppen spezifische Merkmale versteckt sind. Daß hinsichtlich der speziellen Fragestellung weniger signifikante Ergebnisse als erwartet auftreten, spricht für eine Homogenität des Materials und damit gegen die Theorien SCHULTZ-HENCKES und auch gegen den "Organdialekt" des Symptoms, aus dem ADLER die Besonderheiten der Problematik schließen will.

Betrachtet man die Häufung der signifikanten Ergebnisse bei den einzelnen Patientengruppen, ergibt sich die in Tabelle 9 dargestellte Übersicht.

Bei 184 erwarteten Unterschieden in beiden Untersuchungskollektiven würde man bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% 11 - 12 zufallsbedingte Unterschiede für jede der 16 getesteten Personengruppenkombinationen erwarten. Vergleicht man nun die Anzahl der signifikanten Ergebnisse mit diesem Erwartungswert, dann fallen die Gruppen 4, 7 und 13 auf mit 33, 25 und 20 positiven Ergebnissen. Gruppe 4 setzt sich zusammen aus den Männern und Frauen der Vergleichsgruppe. Hier tauchen vielleicht lediglich nicht krankheitsspezifische Geschlechtsunterschiede auf, die auch in der gesunden Bevölkerung nachgewiesen werden können. Von den 33 statistisch nachgewiesenen Unter-

schieden in dieser Gruppe sind 12 bei einem oder mehreren der "Geschlechtsvergleiche", d.h. in den Gruppen 1, 2 und 3, ebenfalls positiv ausgefallen (Tabellen Nr. 6 bis 8). Gruppe 7 vergleicht die Asthmatiker mit den Männern der Vergleichsgruppe; Gruppe 13 die Asthmatikerinnen mit den Frauen der Vergleichsgruppe. Hier scheint sich tatsächlich ein Unterschied abzuzeichnen. Es ist die einzige Differenz in dieser Arbeit, die einer kritischen Beurteilung standhält: Die Asthmatiker und Asthmatikerinnen heben sich von der Vergleichsgruppe, d.h. dem zusammengefaßten Kollektiv der anderen hier untersuchten psychosomatisch Kranken ab in den aus den Tabellen Nr. 6 bis 8 ersichtlichen Merkmalen.

Zwischen den Patientengruppen mit Asthma und Atemfunktionsstörungen konnten keine sicheren Unterschiede nachgewiesen werden. Das stützt die Feststellung von JORES (1966), Asthma sei nur die stärkste Ausprägung einer Atemfunktionsstörung und man spreche besser von einer asthmatischen Atemstörung, die entweder durch ein Anfalls geschehen oder einen leichteren chronischen Zustand von längerer Dauer gekennzeichnet ist. Der Asthma-Anfall wäre dann die schwerste Form einer funktionellen Atemstörung, die wir kennen, so daß also nur ein quantitativer Unterschied bestehe: Atemfunktionsstörungen sind gewissermaßen als "forme fruste" des Asthma anzusehen. So ist auch die Bezeichnung "Subasthma" von HANSEN et al. zu verstehen. Wie BRÄUTIGAM et al. sagen, kommt in jeder Veränderung der Atmung (gleich ob Asthma oder

Atemfunktionsstörung) eine gefühlshafte Bindung zur Welt zur Darstellung, Hingabe, Beschenktwerden, Angreifen und Erleiden zum Ausdruck.

Da wir zu der Gruppe der Magenkranken auch keine sicheren Unterschiede fanden, kann unser Ergebnis, daß sich Asthmatiker von den Patienten mit Atemfunktionsstörungen nicht unterscheiden, kein großes Gewicht haben.

Dieses Ergebnis wird noch in Frage gestellt, wenn man sich die Methode ins Gedächtnis zurückruft, nach der die Daten erhoben wurden: In Rasemühle nahm ein Untersucher, in Eppendorf aber nahmen fünf Ärzte die Befunde auf. Aus diesem Grunde wurde das Eppendorfer Untersuchungskollektiv in Bezug auf die Untersucher aufgeschlüsselt. Ein Untersucher hatte z.B. fast immer die Frage nach der Sexualität nicht aufgezeichnet; ein anderer fiel auf, weil er auch nicht ein einziges Mal ein Kästchen ohne Information gelassen hatte, während die anderen weniger gewissenhaft auch einmal eines übersprangen. Ein Untersucher stellte häufig sehr seltene Diagnosen, die bei den übrigen nie auftauchten. Manche Befunde dagegen erschienen bei einigen Ärzten nie. Kombinierte Verschlüsselungen wie z.B. in Tabelle Nr. 1: $5 = 2 + 4$ oder $6 = 3 + 4$, welche häufig benutzt werden sollten, wurden bei den meisten Untersuchern ungern angewandt, bei einem kein einziges Mal.

Wegen dieser Beobachtungen haben wir stichprobenartig

für die einzelnen Untersucher bei 10 Variablen einen Chi-Quadrat-Test gerechnet. Davon fielen drei unauffällig aus, einer mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%, einer mit 1% und fünf mit 0,1% Irrtumswahrscheinlichkeit zeigten eine derartige große Diskrepanz zwischen den einzelnen Untersuchern, daß der Wert der Eppendorfer Erhebung als ganzes dadurch in Frage gestellt wird.

So wie bei der Planung der Eppendorfer Untersuchung DERBOLOWSKY auf den Erfahrungen der Rasemühler Erhebung aufbaute, so können wichtige Erkenntnisse für künftige Datensammlungen aus dem Eppendorfer Material gewonnen werden:

1. Bei jeder Datenerfassung sollten gesunde Vergleichspersonen mit untersucht werden. Die in unserem Material gebildete Vergleichsgruppe bestand aus psychosomatisch Erkrankten. Das Fehlen positiver Ergebnisse mag auch daran liegen, daß alle psychosomatischen Krankheiten aus derselben Grundstörung hervorgehen könnten, d.h., daß sich diese Kranken zwar von Gesunden unterscheiden, nicht aber von anderen "Psychosomatikern", welche alle ähnlich strukturiert sein könnten. Schon ADLER wies darauf hin, daß die Organwahl von sekundären Faktoren wie z.B. von einem organischen locus minoris resistentiae oder wie BRÄUTIGAM (1962) sagt, von der seelischen Einstellung abhängen könnte.

2. Es sollten nur sogenannte strukturierte Erhebungsverfahren gebraucht werden, die eine geringe Varianzmöglichkeit der Fehleranteile durch den festgelegten Wortlaut, gleiche Reihenfolge und vorgegebene Beantwortungsmöglichkeiten der Fragen gewährleisten. So würden die oben gezeigten Diskrepanzen zwischen den Befunden verschiedener Untersucher weitgehend vermieden. Zwar bleibt bei solchem Vorgehen manche differenziertere, subtile Beobachtung unberücksichtigt, die man aber sowieso bei einer statistischen Auswertung kaum einer Berechnung zugänglich machen könnte.
- Eine solche Entwicklung hat in den letzten Jahren eingesetzt, angeregt durch die in dieser Arbeit benutzten Schlüssel und die damit gewonnenen Erfahrungen. 1951 wurde von DERBOLOWSKY die Sektion Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation gegründet, die sich inzwischen zur Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik entwickelt hat. Die darin auf DERBOLOWSKYS Initiative 1967 gegründete Sektion Psychotherapie/ Psychosomatik hat unter dem Vorsitz von LANGEN bereits verbesserte Fragebögen entwickelt. Sie werden in einzelnen psychotherapeutischen Institutionen routinemäßig ausgefüllt und zusammen mit dem FPI und einer Beschwerdenliste des Arbeitskreises von jedem Patienten zu einer zentralen Auswertungsstelle gesandt. Für die "Feindiagnose" eines Patienten sind natürlich ärztliche freie Gespräche unerlässlich, denn sie erfassen Bereiche,

die ein noch so fein ausgeklügeltes Fragebogensystem niemals erreicht (LANGEN 1970).

3. Objektive Tests (LIENERT 1961, 1962) sollten soweit wie möglich angewandt werden. Ein objektiver Test mißt Persönlichkeitsmerkmale eindeutig ohne Einfluß des Auswerters auf den Probanden. Sie kann bei schematischen oder automatischen Auswertungen erzielt werden (VON KEREKJÁRTÓ).
4. Jeder Patient sollte von zwei Ärzten unabhängig voneinander untersucht werden. Die Ergebnisse müßten miteinander verglichen werden. Bei Diskrepanzen müßte ein dritter, sehr erfahrener Arzt hinzukommen, der in einer Diskussion klärend und einigend Mißverständnisse ausräumen und Sachkenntnisse vermitteln kann.
5. Bei einer Auswertung sollte darauf geachtet werden, daß nur solche Patienten in einer Gruppe zusammengefaßt werden, bei denen eine einzige Diagnose gestellt worden ist. Dazu bedarf es einer sehr großen Fallzahl. In der vorliegenden Erhebung sind die Patienten, welche gleichzeitig an Asthma und Magenbeschwerden litten, eliminiert worden, doch es gibt sowohl Asthmatiker als auch Patienten mit Atemfunktionsstörungen als auch Magenkranke, die z.B. an Kopfschmerzen oder Herzsensationen leiden. Wegen zu kleiner Fallzahlen konnten wir sie nicht von der Auswertung ausschließen. Sind diese Beschwerden psychosomatischer Art und geht man davon

aus, daß ihre Träger neurosenpsychologisch und antriebspsychologisch spezifisch strukturiert sind, verwischen sie die Ergebnisse.

Je mehr allerdings die Untersuchungsmethoden in Zukunft verfeinert werden, um so mehr Symptome wird man bei jedem einzelnen Patienten finden und umso schwerer wird die Erfüllung dieser Idealforderung werden.

6. Verschiedene Krankheiten sollten nicht unter einem diagnostischen Oberbegriff zusammengefaßt werden, bevor man sie nicht einzeln untersucht und ausgewertet hat, wie es z.B. in dieser Arbeit bei der Gruppe der Magenkranken wegen zu kleiner Fallzahlen geschehen ist. Zwar wurden wir durch die Literatur dazu ermutigt, doch verwässert ein derartiges Vorgehen etwa dennoch bestehende Unterschiede.

Unter derselben Diagnose werden oft Krankheitszustände zusammengefaßt, welche manche Autoren getrennt betrachtet wissen wollen. So unterscheidet z.B. JORES (1967) bei Asthmatikern die geruchsüberempfindliche Gruppe von der nicht geruchsüberempfindlichen oder GROEN und BASTIAANS die neurotische von der neurasthenischen Gruppe. BECKMANN et al. (1972) konnten im MMPI, der zwar für deutsche Verhältnisse nur selten ideal ist, über Q-Faktorenanalysen nachweisen, daß die zunächst recht homogen erscheinende Gruppe der Herzneurotiker sich aus zwei in bestimmten Bereichen sich komplementär verhaltenden Patientenkollektiven zusammensetzen. Auch die Ulcuskranken wurden

faktorenanalytisch von BAYER in Untergruppen mit gut interpretierbaren GT-Profilen (Giessen Test) eingeteilt.

7. Der Krankheitswandel bzw. Syndromwandel (CREMERIUS 1968, 1971 a und b, VARTIO, SPIEGELBERG 1965, STOKVIS) muß berücksichtigt werden mit einem periodischen, kontinuierlichen, phasischen oder diffusen Wechsel (CREMERIUS 1968) von psychosomatischen Manifestationen mit psychiatrischen Störungen wie es ROSS et al. signifikant für das Ulcus-Leiden und die manische Form der endogenen Depression nachweisen konnten.

Solche Patienten würden in unserer Untersuchung, wenn sie gerade ihre depressive Phase durchleben, in der Vergleichsgruppe untertauchen, während sie in ihrer Magenphase in der Magengruppe erscheinen. Sie stellen somit einen Unschärfefaktor dar, ebenso wie die Patienten, welche bisher ausschließlich wegen einer Depression behandelt wurden, aber die Disposition zum Magenulcus bzw. die Struktur des Magenkranken besitzen und erst später "spezifisch" erkranken.

8. In der vorliegenden Arbeit sind einige Zuordnungen aus einem großen Datenpool ausgewertet worden, der vor über zwanzig Jahren gewonnen worden ist. Damals war der Ruf MARTINI's häufig zu hören, der nach statistischer Überprüfung der Hypothesen verlangte, die der Psychoanalyse, der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie zugrunde liegen.

Die Hypothesen SCHULTZ-HENCKES, die das menschliche Antriebsleben in die drei Kategorien Liebesstreben, Geltungsstreben und Besitzstreben, angeregt durch die Mönchsgelübde von Keuschheit, Armut und Gehorsam, abstrahieren und eine psychosomatische Gleichzeitigkeitskorrelation mit den drei Keimblättern nahelegen, scheinen unter den vielen weit unschärferen Begriffen die meiste Aussicht auf Kodifizierbarkeit zu bieten. Die damaligen Erhebungsbögen und Sachverhaltsschlüssel und die darin erfolgten Begriffsabklärungen lassen den Ansatz vielversprechend, weitblickend und zukunftsweisend erscheinen. Die damals praktizierten Erhebungsmethoden, die kleine Zahl der Mitarbeiter, die Heterogenität ihrer Ausbildung und Einstellung, die damaligen Tabuschränken und die letztlich immer noch viel zu kleinen Patientenzahlen haben das Ausbleiben eines positiven Ergebnisses bedingt. Sicher sind außer den erfragten Daten noch andere Faktoren maßgeblich, die beim Zustandekommen psychischer abnormer Reaktionen, psychosomatischer oder psychoneurotischer Krankheiten und ihrer Lokalisationen wirksam sind.

Heute noch unbeantwortete Fragen sind nach wie vor wichtig, ob nämlich eine Abgrenzung zwischen anlagebedingtem und erworbenem Verhalten möglich ist. Können durch frühkindliche Erlebnisverarbeitung in einem Menschen Weisen des Umgangs mit sich und der Welt entstehen, daß man von einer spezifischen Disposition sprechen

darf? Gibt es typische Umweltkonstellationen, die für jeweils nur eine einzige jener erworbenen Strukturen so hochspezifisch belastend sind, wie wir das analog von Haptenen und Antigenen kennen? Läßt sich das frühkindliche Milieu aus der Erinnerung des Patienten so eindeutig ermitteln, daß etwaige Antriebsfeindlichkeiten einzelner Beteiligten (Vater, Mutter) objektiviert und spezifiziert werden können?

Ist die praemorbide Persönlichkeit des Patienten im Sinne einer Gehemmtheitsstruktur eindeutig feststellbar?

Ist mit "Inkubationszeiten" zu rechnen, falls ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der untersuchten Symptomatik mit einer für die festgestellte Gehemmtheit spezifischen Provokation vorausgesetzt werden darf?

Läßt sich ein spezifischer Ausdruckswert für jede Symptomatik reproduzierbar bestimmen?

Z U S A M M E N F A S S U N G

Aus zwei zeitlich und räumlich getrennten Patientenkollektiven, die teilweise auch methodisch unterschiedlich untersucht worden waren, wurden 16 und 82 Asthmatiker sowie 33 und 28 Patienten mit Atemfunktionsstörungen, 78 und 35 Magenkranke sowie als Vergleichsgruppe 409 und 187 Patienten mit anderen psychosomatischen Störungen untersucht. Getrennt in beiden Untersuchungskollektiven wurden 771 und 2236 Vierfeldertafeln ausgewertet. Wie in einem Suchtest (Screening) wurde mit Hilfe des Chi-Quadrat- bzw. Fisher-Tests untersucht, ob sich die einzelnen Personengruppen hinsichtlich der beobachteten Merkmale unterscheiden. Da weder die Variablen noch die Patientengruppen voneinander unabhängig sind, gelten die bei den Einzeltests gerechneten Irrtumswahrscheinlichkeiten nicht exakt.

Ziel unseres Vorgehens war, eine gewisse Übersicht über die Befunde zu gewinnen, um neue Hypothesen aufstellen zu können.

Es wurden die Angaben aus der Vorgeschichte, die damaligen Befunde, die Neurosenstruktur und die antriebspsychologische Struktur nach den Theorien SCHULTZ-HENCKES ausgewertet. Dabei kamen zahlreiche auffällige Ergebnisse zum Vorschein, die allerdings nur dreimal in beiden Untersuchungskollektiven gleichzeitig positiv ausfielen und sich zweimal widersprachen.

Die Zahl der zufallsbedingten Auffälligkeiten wurde kaum überschritten, wobei aber einschränkend gesagt werden muß, daß auch mehrere Fehler bei der Datenerfassung aufgedeckt wurden.

So mußte ein ganzer Teil der in der Arbeit geprüften Hypothesen verworfen werden, nur ein relativ kleiner Teil konnte bestätigt werden. Trotzdem wurden die Ergebnisse dargestellt, damit sie für eine eventuelle spätere Nachuntersuchung zu Verfügung stehen. Dabei muß dann gehofft werden, daß bessere Voraussetzungen bei der Datenerhebung auch eindeutigere Ergebnisse bringen.

"Das Bewußtsein", sagt Bochnik, "daß Thesen nachgeprüft werden müssen, ist in der Psychiatrie noch wenig verbreitet. Es werden ständig neue Hypothesen gemacht. Die werden unter Kennern herumgereicht, nach ästhetischen Gesichtspunkten beurteilt und beiseite gelegt. Vielleicht hat sich unser Fach aus einer gewissen Langeweile an gewohnten Rätseln so bunt entwickelt".

Literaturverzeichnis

- ADLER, A.: Menschenkenntnis. 6. Auflage. Zürich 1954.
- ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. Berlin 1953.
- ALEXANDER, F.: The Development of Psychosomatic Medicine.
Psychosom. Med. 24 (1962), 13 - 24.
- ALEXANDER, F.
Th. M. FRENCH and
G. H. POLLOCK: Psychosomatic Specificity.
Experimental Study and Result. Chicago
1968.
- ALSTED, G.: Changing Incidence of Peptic Ulcer.
London 1959.
- ALVAREZ, W. C.: The Mechanics of the Digestive Tract.
2. Auflage. New York 1922.
- APPEL, J. and
S. R. ROSEN: Psychotic Factors in Psychosomatic
Illness.
Psychosom. Med. 12 (1950), 236 - 243.
- BALTERS, W.: Allgemeines zur Atmung und zur
Atmungsstörung.
Fortschr. Kieferorthop. 15 (1954), 193-200
- BASTIAANS, J. and
J. GROEN: Psychogenesis and Psychotherapy of
Bronchial Asthma.
In: Modern Trends in Psychosomatic
Medicine. London 1954, 242 -268.
- BAYER, E.: Validierung des GT-Profiles bei Ulcus-
kranken.
Med. Diss. Gießen 1971.
- BEAUMONT, W.: Experience and Observations on the
Gastric Juice and the Physiology of
Digestion. Boston 1929.
- BECKMANN, D. und
H. E. RICHTER: Selbstkontrolle einer klinischen
Psychoanalytikergruppe durch ein
Forschungsprogramm.
Z. Psychother. med. Psychol. 18
(1968), 201 - 208.
- BECKMANN, D. und
H. E. RICHTER: Gießen-Test (G.T.). Ein Test für
Individual- und Gruppendiagnostik.
Handbuch. Bern, Stuttgart, Wien 1972.

- BERGMANN, G. von: Funktionelle Pathologie. Berlin 1932.
- BJORN-HANSEN, H.: Investigations of Alterations in the Ulcer Clientele in Oslo Municipal Hospital, Ullevaal, over the period 1916 to 1945.
Acta med. scand. 135 (1949), 149 - 171.
- BOCHNIK, H. J.: Bemerkung im Rundgespräch.
In: Probleme der Dokumentation in der Psychotherapie.
Beiheft 19 (1969) der Nachrichten für Dokumentation.
- BRÄUTIGAM, W.: Über die psychosomatische Spezifität des Asthma bronchiale.
Psyche (Heidelberg) 8 (1954/55), 481-524.
- BRÄUTIGAM, W.: Psychogene Leibstörungen und psychosomatische Krankheiten.
Prax. Psychother. 7 (1962), 189 - 194.
- BRÄUTIGAM, W. und P. CHRISTIAN: Atmung bei Asthma bronchiale.
In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band II.
München, Berlin 1959, 531 - 544.
- BROWNING J. S. and J. H. HOUSEWORTH: Development of New Symptoms Following Medical and Surgical Treatment for Duodenal Ulcer.
Psychosom. Med. 15 (1953), 328 - 336.
- BÜRGER, M.: Geschlecht und Krankheit. München 1958.
- CANNON, W. B.: The Wisdom of the Human Body.
New York 1947.
- CREMERIUS, J.: Die Prognose funktioneller Syndrome.
Ein Beitrag zu ihrer Naturgeschichte.
Stuttgart 1968.
- CREMERIUS, J.: Medizinische Poliklinik und Psychosomatik.
Z. psychosom. Med. Psychoanal. 17 (1971), 42 - 50.
- CREMERIUS, J.: Die sozialmedizinische Bedeutung funktioneller Syndrome.
Ther. Umsch. 28 (1971), 391 - 396.
- CRUCHAUD, S.: Das Asthma bronchiale. Klinik, Physiopathologie und Therapie.
Dokumenta Geigy Nr. 4, 1965.
- CURTIUS, F.: Moderne Asthmabehandlung.
Berlin, Göttingen, Heidelberg 1965.

- CUSHING, H.: Pituitary Body, Hypothalamus and Parasympathetic Nervous System. Springfield 1932.
- DEKKER, E.,
J. T. BARENDREGT und
K. DE VRIES: Allergy and Neurosis in Asthma. J. psychosom. Res. 5 (1961), 83 - 89.
- DELIUS, L.: Die vegetativen Herz- und Kreislaufstörungen.
In: Praxis der Herz- und Kreislaufstörungen. München 1964, 287 - 328.
- DELIUS, L.: Vegetative Dystonie - heute noch? Fortschr. Med. 11 (1971), 443 - 446.
- DERBOLOWSKY, G. und
U. DERBOLOWSKY: Bemächtigungstherapie als psychotherapeutische Kategorie (Occupationsanalyse).
Prax. Psychother. 11 (1966), 245 - 257.
- DERBOLOWSKY, U.: Zur Mechanisierung der Dokumentation auf dem Gebiet der medizinischen Psychologie.
Nachr. Dok. 3 (1952), 23 - 24.
- DERBOLOWSKY, U.: Das geistige Quantitativproblem in der Medizin und die mechanisierte Dokumentation als Lösungsversuch. Über die Verwendung von Lochkarten in der Medizin.
Klin. Wschr. 31 (1953), 825 - 831.
- DERBOLOWSKY, U.: Die Sichtlochkartei als Nothelfer des Arztes.
Münch. med. Wschr. 99 (1957), 1547 - 1548.
- DERBOLOWSKY, U.: Das Sichtlochkartenverfahren in der Medizin.
Hippokrates (Stuttgart) 28 (1957), 469-473.
- DERBOLOWSKY, U.: Die Bedeutung der komparativen Frageweise für die psychotherapeutische Befunddokumentation.
Prax. Psychother. 13 (1968), 66 - 74.
- DERBOLOWSKY, U.: Gruppenarbeit unter dem Gesichtspunkt der Freud'schen Abstinenzregel.
In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Ergebnisse und Berichte. Göttingen 1968, 96 - 103.

- DERBOLOWSKY, U.: Psychotherapeutische Befunddokumentation. Erfahrungen und Probleme. In: Probleme der Dokumentation in der Psychotherapie. Frankfurt/Main, Deutsche Gesellschaft für Dokumentation e. V. 1969.
- DOKUMENTA GEIGY: Wissenschaftliche Tabellen. 6. Auflage. Basel 1962.
- DOGRA, J. R.: Studies on Peptic Ulcer in South India; Statistical Survey. Indian J. med. Res. 28 (1940), 481-507.
- DOLL, R.,
F. A. JONES and
M. M. BUCKATZSCH: Occupational Factors in the Aetiology of Gastric and Duodenal Ulcers with an Estimate of their Incidence in the General Population. Spec. Rep. M. Res. Council., London, 276 (1951), 1 - 96.
- DOUST, L. J. W. and
D. LEIGH: Studies on the Physiology of Awareness; the Interrelationships of Emotions, Life, Situations and Anoxemia in Patients with Bronchial Asthma. Psychosom. Med. 15 (1953), 292 - 311.
- DÜHRSSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Medizin. Psychologie Göttingen 1955.
- DUNBAR, H. F.: Emotions and Bodily Changes. 4. Auflage. New York 1954.
- EAGLE, P. C. and
J. GILLMANN: Incidence of Peptic Ulcer in South African Bantu. S. Afr. J. med. Sci. 3 (1938), 1 - 6.
- EHRSTROM, M. C.: Studies in Internal Medicine in North Greenland 1948 - 49. IV. Hypertrophie of the liver; Cholelithiasis and Peptic Ulcer; Occurrence and Etiology. Nord. Med. 44 (1950), 1750 - 1750.
- ENKE, H.
A. HOUBEN and
P. ROTAS: Beitrag zum psychosomatischen Grundproblem. Med. Welt (Stuttgart) 10 (1964), 514-520.
- ENKE, H. und
S. MICHLER: Über einige Kriterien der Mutter-Kind-Beziehung bei männlichen Patienten mit den Symptomen: Asthma bronchiale, Colitis gravis, Herzbeschwerden und Magenbeschwerden. Z. psychosom. Med. Psychoanal. 13 (1967), 108 - 115.

- FEDERN, P.: Ichpsychologie und die Psychosen.
Bern 1956.
- FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. 10. Auflage.
Frankfurt/Main, Hamburg 1963.
- FREUD, S.: Gesammelte Werke. Hrsg. Anna Freud, E. Bi-
bring u.a. Band 10. 4. Auflage.
Frankfurt/Main 1967
- GAGERN, F. Freiherr von: Psychohygiene des Liebes- und Ge-
schlechtslebens.
In: Handbuch der Neurosenlehre und
Psychotherapie, Band 4. München,
Berlin 1961, 480 - 489.
- GEDEL, A.: Asthma bronchiale und Lebensalter.
Z. Alternsforsch. 14 (1960), 25 - 41.
- GLATZEL, H.: Die psychischen und sozialen Wurzeln
der Ulcus-Krankheit.
Med. Welt (Stuttgart) 24 (1964),
1306 - 1308.
- GOTTSEGEN, G.,
A. MEDGYES und
T. ROMODA: Über den Mechanismus der asthmati-
schen Atemstörung.
Z. ges. inn. Med. 12 (1957), 207 - 212.
- GROEN, J. J.: Psychosomatic Research. A Collection
of Papers. London 1964.
- HALLIDAY, J. L.: Approach to Asthma.
Brit. J. Psychol. 17 (1938), 1 - 53.
- HANSEN, K. und
M. WERNER: Lehrbuch der klinischen Allergie.
Stuttgart 1967.
- HEGGLIN, R.: Differentialdiagnose innerer Krankheiten.
11. Auflage. Stuttgart 1969.
- HERBERT, M.: Personality Factors and Bronchial
Asthma. A Study of South African
Indian Children.
J. psychosom. Res. 8 (1965), 353 - 364.
- HÖCK, K. und
H. HEB: Psychologische Untersuchungen bei Asthma
bronchiale.
Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)
20 (1968), 31 - 34.
- HOFFMANN, H.: Untersuchungen zur Frage der Wirkung
psychischer Faktoren beim Asthma bron-
chiale.
Med. Welt (Stuttgart) 40(1961),
2078 - 2085.

- HOLLINGSHEAD, A. G. and F. C. REDLICH: Social Class and Mental Illness. New York 1958.
- HOLLMANN, W.: Soziologische und psychologische Aspekte bei Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals. Hippokrates (Stuttg.) 38 (1967), 385 - 391.
- HUXLEY, J.: Entfaltung des Lebens. Frankfurt 1954.
- IRNELL, L.: A Study of Bronchial Asthma. Acta med. scand. Suppl. 419 (1964).
- JORES, A.: Zur Ätiologie und zum Pathomechanismus des Asthma bronchiale. Bemerkungen zu der Arbeit von M. Werner. Dtsch. med. Wschr. 87 (1962), 2266 - 2267.
- JORES, A.: Ätiologie und Therapie des Asthma bronchiale vom psychologischen Aspekt. Fortschr. Med. 84 (1966), 8 -11.
- JORES, A. und M. VON KERÉKJÁRTÓ: Der Asthmatiker. Bern, Stuttgart 1967.
- KAWAKAMI, K., H. KIKUCHI and M. KURODA: Psychosomatic Study of Peptic Ulcer. Naika 24 (1969), 441 - 448.
- VON KERÉKJÁRTÓ, M.: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung psychologischer Testverfahren. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 73 (1967), 36 - 42.
- KRICHHOFF, G.: Der Asthmatiker und seine Innenwelt. Z. psychosom. Med. 2 (1956), 118-126.
- KLEINSORGE, H. und G. KLUMBIES: Psychotherapie in Klinik und Praxis. München, Berlin 1959.
- KNAPP, P. H. and S. J. NEMETZ: Personality Variations in Bronchial Asthma. Psychosom. Med. 19 (1957), 443-465.
- KNAPP, P. H. and S. J. NEMETZ: Acute Bronchial Asthma. Concomitant Depression and Excitement and Varied Antedent Patterns in 406 Attacks. Psychosom. Med. 22 (1960), 42 - 56.

- KNUTSEN, B. and
O. SELVAAG: Incidence of Peptic Ulcer; Investigation of Population of town of Drammen.
Acta med. scand. Suppl. 196 (1947), 341 - 360.
- KOLLER, S.: Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung. 2. Zwischenbericht für die DFG. September 1974 [unveröffentlicht].
- KRAEMER, R.: Psychosomatische Krankheitsbilder in der Praxis und ihre Behandlung. Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 25 (1972), 28 - 38.
- KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. Hrsg. Wolfgang Kretschmer. 25. erg. Auflage. Berlin, Heidelberg 1967.
- KÜNKEL, H.: Die Lebensalter. Konstanz 1957.
- LANGE-NIELSEN, F. and
N. RETTERSTØL: Group Therapie of Asthmatics in a Medical Departement; Preliminary Report.
Nord. Med. 61 (1959), 270 - 273.
- LANGEN, D.: Die Psychotherapie und ihre Bedeutung. Ther. d. Gegenw. 105 (1966), 156-166.
- LANGEN, D.: Psychotherapie. 2. Auflage. Stuttgart 1970.
- LIENERT, G. A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim 1961.
- LIENERT, G. A.: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatik, dargestellt an Beispielen aus der psychologischen, medizinischen und biologischen Forschung. Meisenheim 1962.
- LOPEZ IBOR, J. J.: Problems Presented by Asthma as a Psychosomatic Illness.
J. psychosom. Res. 1 (1956), 115 - 119.
- MACALFINE, I.: Psychosomatic Symptom Formation.
Lancet 1 (1952), 278 - 282.
- MARTINI, P.: Psychosomatische Medizin.
Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 55 (1949), 51 - 57.

- MEVES, Chr.: Mut zum Erziehen. Hamburg 1970.
- MIKROZENZUS: Die soziale Herkunft der Schüler an den allgemeinbildenden Schulen. WiSta 5/1974.
- MIRSKY, J. A.,
S. KAPLAN und
R. H. BROH-KAHN: Pepsinogen Excretion (Uropepsin) as Index of Influence of Various Life Situations on Gastric Secretion. Ass. Res. nerv. Dis. Proc. 29 (1950), 628 - 646.
- MITSCHERLICH, A. u. M.: Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens. München 1967.
- MOSES, P. J.: Die Stimme der Neurose. Stuttgart 1956.
- MURI, J.: Localisation and Results of treatment of Peptic Ulcer. Nord. Med. 41 (1949), 254 - 258.
- NIETZSCHE, F.: Menschliches - Allzumenschliches. Leipzig 1930.
- NOELPP, H. und
J. NOELPP-ESCHENHAGEN: Asthma bronchiale. In: Handbuch der inneren Medizin. Bd. 4/2, 4. Auflage. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1956, 526 - 805.
- OBROSOV, A. N.: Itogi i zadachi nauchnoi razrabotki voprosov fizioterapii i kurortologii v SSSR. Vop. Kurort. Fizioter. 30 (1965), 385 - 391.
- PAWLOW, J. P.: The Work of the Digestive Glands. London 1910.
- PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart 1962.
- POPPE, E.: Localisation of Peptic Ulcers as Observed at Troms and Tromsø Hospital. Nord. Med. 30 (1946), 1063 - 1065.
- REES, L.: Physical and Emotional Factors in Bronchial Asthma. J. psychosom. Res. 1 (1956), 98 - 114.
- RETTERSTØL, N. and
A. SUND: Psychosomatic Aspects of Asthma Illustrated by Material from a Psychiatric Clinic. Acta psychiat. scand. 36 (1961), 610 - 640.

- RETTERSTØL, N. and
A. SUND:
Psychosomatic Aspects of Ulcus
Disease Illustrated by Material
from a Psychiatric Clinic.
J. Neuropsychiat. 3 (1962), 345 - 366.
- RICHTER, H. E. und
D. BECKMANN:
Herzneurose. Stuttgart 1969.
- ROSS, W. D.,
J. HAY and
M. F. Mc DOWALL:
Association of Certain Vegetative
Disturbances with Various Psychoses.
Psychosom. Med. 12 (1950), 170-178.
- RUESCH, J.,
C. CHRISTIANSEN,
E. HARRIS et al.:
Duodenal Ulcer, a Sociopsychological
Study of Naval Enlisted Persons and
Civilians.
Berkeley and Los Angeles 1948.
- SACHS, L.:
Statistische Auswertungsmethoden.
Berlin, Heidelberg, New York 1968.
- SCHANKE, K.:
Behaviour of Gastric and Duodenal
Ulcer in Fishing District in North
of Norway; Studies on Frequency and
Localisation of Gastro-duodenal
Ulcer.
Acta chir. scand. Suppl. 115 (1946),
1 - 203.
- SCHULTZ-HENCKE, H.:
Lehrbuch der analytischen Psycho-
therapie. 2. Auflage. Stuttgart 1965.
- SCHWARZ, M.:
Heredity in Bronchial Asthma.
Acta allerg. (Kbh.) Suppl. 2(1952),
11 - 288.
- SCHWIDDER, W.:
Die Bedeutung psychischer Faktoren
in der Ätiologie der Ulcuskrankheit.
Psyche (Heidelberg) 4 (1951), 561-575.
- SCHWIDDER, W.:
Psychische Faktoren bei Magen- und
Darmkrankungen.
Z. psychosom. Med. 1 (1954), 4 - 10.
- SCHWIDDER, W.:
Psychogene Störungen der Atemfunktion.
Z. psychosom. Med. 2 (1956), 98 - 105.
- SCHWÖBEL, G.:
Psychosomatische Studien über das
Asthma bronchiale. Die Charakter-
struktur des Asthmaticus.
Ärztl. Forsch. 3 (1949), 475 - 488.
- SPIEGELBERG, U.:
Colitis ulcerosa in psychiatrisch-
neurologischer Sicht. Stuttgart 1965.

- SPIEGELBERG, U.: Hypnose und autogenes Training in der gegenwärtigen inneren Medizin. Therapiewoche 18 (1968), 25 - 26.
- SPONHEIM, N.: Incidence and Prevalence of Peptic Ulcer in a Part of the Country. Nord. Med. 63 (1960), 377 - 385.
- STAEHELIN, B.: Einige Gedanken zum psychosomatischen Problem des Asthma bronchiale. Schweiz. med. Wschr. 89 (1959), 560 - 563.
- STERN, E.: Zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psychosomatischen Medizin. Z. psychosom. Med. 4 (1958), 153 - 168.
- STOVKIS, B.: Psychosomatik. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. 3 München, Berlin 1959, 453 - 506.
- STOVKIS, B. and M. P. BOLTEN: The Problem of Organ Specificity from the Viewpoint of Psychosomatic Medicine. Z. Psychother. med. Psychol. 12 (1962), 138 - 145.
- UEXKÜLL, Th. von: Funktionelle Syndrome in psychosomatischer Sicht. In: Klinik der Gegenwart. Handbuch der praktischen Medizin. Bd. 9 Stuttgart 1960, 299 - 340.
- UEXKÜLL, Th. von: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg 1963.
- USTVEDT, H. J.: Psychosomatic Aspects of Ulcer Disorders and Ulcerative Colitis. T. norske Laegeforen. 79 (1953), 1279 - 1284.
- USTVEDT, H. J.: Clinical Evaluation of Problems in Psychosomatic Medicine. Nord. Med. 63 (1960), 149 - 154.
- VALK, J. M. van der: Comparison of the Social Setting and Behaviour of Patients with Bronchial Asthma, Coronary Occlusions and Healthy Subjects. Advanc. psychosom. Med. (Basel) 1 (1960), 284 - 293.

- VARTIO, T.: Earlier and Later Diagnoses of Hospitalized Patients with so-called Functional Disorders. Ann. Med. intern. Fern. 48 (1959), 45 - 54.
- VINT, F. W.: Post-mortem Findings in Natives of Kenya. E. Afr. med. J. 13 (1937), 332 - 340.
- WERNER, M.: Zur Ätiologie und zum Pathomechanismus des Asthma bronchiale. Dtsch. med. Wschr. 87 (1962), 1 - 8.
- WILLIAMS, D. A.,
E. LEWIS-FANING,
L. REES et al.: Assessment of the Relative Importance of the Allergic, Infective and Psychological Factors in Asthma. Acta allerg. (Kbh.) 12 (1958), 376 - 395.
- WITTKOWER, E. und
H. PETOW: Beiträge zur Klinik des Asthma bronchiale und verwandter Zustände. Z. klin. Med. 119 (1931), 293 - 306.
- WOLF, S. and
H. G. WOLFF: Experimental Study of Changes in Gastric Function in Response to Varying Life Experiences. Rev. Gastroent. 14 (1947), 419 - 426.

L E B E N S L A U F

Am 11. März 1944 wurde ich, Marte Biertz-Conte, als erstes Kind des praktischen Arztes Dr. med. Peter Biertz und seiner Ehefrau Hilda, geb. Zeimens, in Trier geboren.

Nach mehreren Umzügen infolge der Kriegsereignisse wurde ich nach der Rückkehr meines Vaters aus russischer Kriegsgefangenschaft 1950 in Diez/Lahn eingeschult. Von 1951-1954 besuchte ich die Volksschule in Wolsfeld (Eifel) und ab 1954 das Neusprachliche Gymnasium in Bitburg, wo ich 1963 die Reifeprüfung ablegte.

1963 begann ich mein Medizinstudium in Bonn und legte dort 1964 die Naturwissenschaftliche Vorprüfung, 1966 die Ärztliche Vorprüfung ab. Zum Wintersemester 1966-67 verlegte ich meinen Studienplatz an die Medizinische Akademie in Lübeck und ab Wintersemester 1967-68 an die Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz, wo ich 1970 die Ärztliche Prüfung ablegte.

Im 5. klinischen Semester begann ich die vorliegende Arbeit anzufertigen.

1971 erhielt ich durch meine Heirat mit dem italienischen Chemiker Dr. Apollonio Conte zu meiner deutschen die italienische Staatsangehörigkeit. Wir haben zwei Kinder, ein Sohn wurde 1972 und eine Tochter 1975 geboren.

Nach meiner Medizinalassistentenzeit und meiner Approbation als Ärztin 1971 arbeitete ich 15 Monate lang am Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. Dr. S.Koller), dann 2 Jahre an der Transfusionszentrale der Mainzer Universitätskliniken (Direktor: Ltd. Med. Dir. Dr. A. Arndt-Hanser) und seit dem 15.4.75 an der Kurklinik Dr. Drexler, Wiesbaden (Chefarzt: Dr. A. Rouhi) mit dem Ziel, mich zum Facharzt für Labormedizin weiterzubilden.

Herrn Professor Dr. med. D. LANGEN danke ich für die
Überlassung des Themas. Großen Dank schulde ich Herrn
Dr. med. U. DERBOLOWSKY für seine bereitwillige Unter-
stützung und für sein reges Interesse an dieser Arbeit.

Mein Dank gilt weiterhin Herrn Prof. Dr. J. MICHAELIS
für seine Hilfe bei der statistischen Aufbereitung des
Untersuchungsmaterials.

